

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 102

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ALLAITEMENT MATERNEL
APRÈS CÉSARIENNE CONSERVATRICE
OU SUIVIE D'HYSTÉRECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Juillet 1925

PAR

Jean-Christian-Marc EYRAUD

CROIX DE GUERRE

Né à SAINT-SAVIN-DE-BLAYE (Gironde), le 28 janvier 1888.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOUSSOUS, professeur.....	<i>Président.</i>
		CRUCHET, professeur	{ <i>Juges.</i>
		ANDÉRODIAS, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
47, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 47

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548625_0103

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 102

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ALLAITEMENT MATERNEL
APRÈS CÉSARIENNE CONSERVATRICE
OU SUIVIE D'HYSTÉRECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Juillet 1925

PAR

Jean-Christian-Marc EYRAUD

CROIX DE GUERRE

Né à SAINT-SAVIN-DE-BLAYE (Gironde), le 28 janvier 1888.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOUSSOUS, professeur.....	{	Président.
		CRUCHET, professeur		Juges.
		ANDÉRODIAS, agrégé.....		
		PERRENS, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
47, RUE POQUELIN-MOLIERE, 47

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSEON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS. *
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Chimie	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Botanique et matière médicale	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Pharmacie	BEULLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	VILLEMIN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE.	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	JEANNENEY
id.	N.	id.	N.
Physique biologique et médicale	RECHOU.	id.	N.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
id.	GREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			MM. ROCHER.
Pathologie externe (4 ^e année) et petite chirurgie			CHARRIER.
Pathologie externe (3 ^e année) et petite chirurgie			LOUBAT.
Cours complémentaire annexé. — Prothèse et rééducation professionnelle			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. ANDÉRODIAS

*Chargé du cours complémentaire de puériculture,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chef du Service de la Maternité,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MOUSSOUS

*Professeur de Clinique médicale des maladies des enfants,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage très respectueux en témoignage de profonde reconnaissance.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ALLAITEMENT MATERNEL

après césarienne conservatrice ou suivie d'hystérectomie.

INTRODUCTION

Il est notoire que, de plus en plus, grâce à l'asepsie et aux progrès successifs du manuel opératoire, la césarienne conservatrice, ou suivie d'hystérectomie, est devenue une opération qui tend à se substituer à la plupart des procédés utilisés dans les cas de dystocie.

Mais, si l'une et l'autre de ces opérations entraînent de moins en moins d'accidents immédiats et pour la mère et pour l'enfant, n'influencent-elles pas défavorablement la sécrétion lactée, soit en raison du traumatisme qu'elles déterminent, soit par suite de l'ablation d'un organe que de nombreux auteurs semblent considérer comme jouant un rôle prépondérant dans le déterminisme de la sécrétion lactée ?

Schockaert rapporte à la Société belge de gynécologie et d'obstétrique plusieurs cas d'hypogalactie ou d'agalactie qui l'amènent à cette conclusion : « Nul doute que c'est l'ablation

de l'utérus et des ovaires qui est la cause de l'insuffisance de la sécrétion laiteuse, et de nouvelles recherches peuvent être utiles à ce point de vue. »

Il serait certes présomptueux de notre part d'accepter la lourde responsabilité de résoudre un tel problème, mais, à défaut de solution définitive, nous avons pensé que notre modeste travail ne serait pas tout à fait inutile.

Pour mener à bien notre tâche nous avons jugé que nous devions, tout d'abord, résumer les idées et les théories physiologiques les plus discutées sur le déterminisme du phénomène de la lactation.

Dans un deuxième et court chapitre, nous rappellerons les conditions normales de l'allaitement et de la progression du nouveau-né.

Dans un troisième chapitre, nous étudierons rapidement les causes cliniques favorisant, retardant ou empêchant l'installation de la sécrétion lactée.

Dans un quatrième chapitre, nous réunirons les observations que nous avons pu recueillir à la clinique obstétricale, dans le service de la Maternité, en clientèle et dans la littérature médicale.

Nous analyserons séparément les cas de césariennes conservatrices et ceux de césariennes suivies d'hystérectomie.

De la sorte, ayant mis en présence les théories et les faits cliniques, nous serons amenés à tirer les conclusions qui se dégageront de cette étude comparative.

CHAPITRE PREMIER

PHYSIOLOGIE DE LA SECRETION LACTEE

Il est depuis longtemps admis par la plupart des physiologistes que la sécrétion lactée est permanente. Viault et Jolyet, dans leur traité de physiologie, résument ainsi cette affirmation : « Toutes les sécrétions sont continues, avec des rémittences et des exagérations plus ou moins manifestes; ces dernières coïncident avec des excitations périodiques. La sécrétion lactée, dont on a fait le type des sécrétions intermittentes, est, au contraire, parfaitement continue quand elle est établie. Mais la glande qui la produit est soumise, comme les divers organes de l'appareil génital, à des périodes plus ou moins longues d'atrophie et de repos. »

Schein (*Continuation de la fonction des glandes mammaires; Wiener Klinische wochenschrift*, 22 septembre 1910, n° 38, page 1337) est plus affirmatif encore. Pour cet auteur, non seulement « la fonction des glandes mammaires n'est pas périodique et discontinue, mais s'exerce, au contraire, d'une manière ininterrompue, même lorsqu'il n'y a aucune sécrétion extérieure »; et la sécrétion s'établirait lorsque le processus de sécrétion l'emporterait sur celui de résorption. Il apporte à l'appui de sa thèse de nombreuses preuves : montée laiteuse dans les mamelles surnuméraires, à la suite d'un deuxième et troisième accouchements; à la suite d'avortements ou par la mise au sein d'un enfant chez une femme qui n'allait plus. Il voit encore une confirmation de sa théorie dans le fait de la montée laiteuse chez le nouveau-né ou chez les ado-

lescents de l'un ou l'autre sexe, à la puberté, chez les vieilles femmes, à la suite d'affections diverses : Tabes (Siding), myélite (Schenheim), hystérie (Glorium), brûlures (Vogt), chez l'homme (Témesvary).

Cette idée de la continuité de la fonction des glandes mammaires paraît donc désormais bien établie. Si sur ce point l'unanimité semble acquise, l'accord est encore bien loin d'être réalisé, malgré les nombreux travaux effectués et les recherches entreprises, sur l'importante question du déterminisme de la sécrétion lactée.

Déterminisme de la sécrétion lactée.

Tout d'abord, quand on parcourt les nombreuses théories modernes qui prétendent solutionner le problème de la sécrétion lactée, on est frappé de l'unanimité des auteurs à condamner l'origine nerveuse de cette sécrétion. Nous ne croyons pas cependant devoir passer sous silence une question qui, pour être actuellement abandonnée, a donné lieu à des expériences si souvent contradictoires, qu'il paraît tout au moins présomptueux de la croire définitivement jugée.

A l'heure actuelle, la vieille théorie nerveuse cède le pas à la théorie des excitants spécifiques, excitants transmis par voie sanguine jusqu'aux glandes mammaires.

Pour respecter l'ordre chronologique, nous allons d'abord jeter un coup d'œil rapide sur la théorie nerveuse, afin de nous étendre plus longuement sur les théories actuelles des « hormones » spécifiques.

1. — INFLUENCE DU SYSTEME NERVEUX SUR LA SECRETION LACTEE

« Chez la femme, les nerfs de la mamelle sont de deux ordres : cutanés et glandulaires. Les nerfs glandulaires viennent des nerfs intercostaux, les nerfs cutanés viennent des nerfs intercostaux et des branches thoraciques du plexus brachial. »

L'influence du système nerveux sur la sécrétion mammaire s'expliquait, jadis, par un double mécanisme : action vasomotrice et action sécrétoire agissant simultanément. De plus, les observations courantes avaient fait admettre depuis longtemps les rapports existant entre les organes génitaux et les mamelles et conclure que la sécrétion lactée s'établissait sous l'influence d'une action réflexe à point de départ génital.

Depuis la seconde moitié du ^{xix}^e siècle, cette théorie nerveuse, battue en brèche par le plus grand nombre, soutenue par les autres, a provoqué de nombreuses expériences ayant porté alternativement :

- sur les nerfs périphériques;
- sur le système nerveux central;
- sur le système sympathique.

A. **Expériences sur les nerfs périphériques.** — C'est, semble-t-il, Claude Bernard qui tenta le premier de détruire les idées anciennes, par ses expériences de section des nerfs de la mamelle. Mais c'est surtout Eckard, qui, dès 1855, s'insurge contre la théorie nerveuse et affirme catégoriquement « que le système nerveux n'a aucune influence sur la sécrétion mammaire ». Opérant sur la chèvre, il sectionne le nerf spermatique dont les rameaux se distribuent à la mamelle. Les résultats obtenus lui permettent, après excitation du bout central et du bout périphérique, de conclure que le système nerveux périphérique n'influence en rien la lactation.

Ces premières expériences ne manquèrent pas de stimuler le zèle des chercheurs. C'est ainsi qu'en 1876 Rœhrig, par des expériences analogues, croit, à l'encontre de son devancier, pouvoir conclure à l'influence du système nerveux périphérique sur la sécrétion lactée. Fortement convaincu que la lactation est soumise uniquement aux modifications de la pression sanguine dans les vaisseaux irriguant la glande, il enregistre, à l'appui de sa thèse, les troubles vaso-moteurs constatés au cours de ses expériences.

En 1879, Laffont se range à l'avis de Rœhrig, car lui aussi, ayant opéré sur la chienne, constate que la pression varie dans l'artère mammaire de l'animal en expérience.

Bientôt après, ces deux dernières expériences sont mises en doute par de Sinéty. Ce dernier, opérant sur le cobaye, apporte au contraire une confirmation à la thèse soutenue par Eckard.

Mais Heidenhain, en 1880, sectionne chez la chienne le nerf spermatique externe, et, après curarisation enregistre une augmentation de la sécrétion lactée, tandis que son élève Partsch conclut que la section de ce même nerf n'apporte aucune modification.

En 1888, Valentowicz, à son tour, nie l'influence de la section des nerfs mammaires sur la sécrétion.

En résumé, ces diverses expériences, portant sur la section des nerfs périphériques, sur l'excitation de leur bout central ou de leur bout périphérique, semblent n'avoir donné que des résultats souvent contradictoires.

B. Expériences faites sur le système nerveux central. — Les faits observés, soit au cours d'expériences, soit à la suite d'observations cliniques réalisant les conditions d'une véritable expérience, paraissent confirmer l'opinion des physiologistes qui nient l'action du système nerveux central sur le phénomène de la lactation.

A ce propos les expériences de Goltz, en 1873, et de ses élèves sont fort nettes : les expérimentateurs, après section de la moelle entre la troisième paire pectorale et la queue de cheval, constatent que les chiennes en expérience peuvent mettre bas et allaiter leurs petits dans des conditions tout à fait normales.

D'autre part, on a pu considérer comme preuve d'indépendance de la mamelle vis-à-vis le système nerveux central, le cas d'une femme accouchant et allaitant normalement son enfant deux mois après un accident ayant déterminé la section complète de la moelle au niveau de la sixième dorsale.

Ce fait clinique, rapporté par Routh en 1897, est-il bien une preuve de cette indépendance ? Ne peut-on lui opposer, avec quelque raison, les cas de maladies de la moelle coïncidant, chez des vieilles femmes, avec une sécrétion lactée abondante ?

Nous avons cité plus haut un cas de tabes (Siding) et de myélite (Schenheim) rapportés par Schein; de même Fienkel a vu une femme de 62 ans atteinte de tabes, dont les mamelles sécrétaient du lait.

Il y a tout au moins, dans ces différents cas, des résultats contradictoires, susceptibles de permettre le doute sur l'influence positive ou négative du système nerveux central sur la sécrétion lactée.

C. **Expériences faites sur le système sympathique.** — Les divers auteurs détruisent les connexions nerveuses de l'utérus ou transplantent la mamelle. Ribbert, en 1898, Pfister, en 1901, prétendent avoir démontré que ces expériences n'influencent en rien, ni la conception, ni la mise bas, ni l'allaitement. En 1903, K. Basch transpose au milieu du dos une des mamelles d'une chienne en lactation. Six mois après, il constate, à l'occasion d'une nouvelle grossesse, que cette mamelle transplantée grossit et sécrète au moment de la mise bas, dans les mêmes conditions que la mamelle dont les connexions ont été respectées. Cependant, tout en se rangeant, dans une certaine mesure, à l'opinion de Ribbert et de Pfister, il reste partisan du réflexe nerveux, car il a remarqué que les fibres réséquées du sympathique se régénèrent.

Des diverses expériences que nous venons de citer, il semble donc bien résulter que la plupart des observateurs nient l'influence du système nerveux sur la sécrétion lactée. « Cependant, dit Marfan, ce que l'expérimentation n'a pu démontrer, l'observation clinique le prouve avec certitude.

« L'influence de la succion sur la sécrétion lactée permet d'affirmer que l'activité de la mamelle est, au moins pour une part, le produit d'un acte réflexe, dont les voies et le centre sont inconnus; mais il est sûr que le point de départ de ce réflexe est l'excitation du mamelon par la succion ou la traite et son aboutissant la suractivité circulatoire de la mamelle et la sécrétion du lait.

« Le pouvoir galactogène de la succion est démontré par des faits très curieux, où l'on voit la sécrétion lactée s'établir chez

des femelles non fécondées et même chez des mâles. » A la suite du décès de la mère, on a vu des grand'mères sexagénaires donner le sein aux nouveau-nés et, au bout de quelques jours, devenir de très bonnes nourrices, sans qu'aucun secours alimentaire soit nécessaire pour assurer la progression normale des nourrissons. Les faits de ce genre sont assez nombreux, mais, isolés, encourent le risque d'être traités d'exceptions. Mais G. Reynier (Thèse de Paris, 1912) cite des faits qui ne méritent pas cette critique. Il emprunte à Bouchat le récit d'une coutume des habitants du Cap-Vert.

Dans ces régions, c'est en effet un usage, pour ne pas dire une loi, qui oblige la plus proche parente d'une mère défunte à allaiter l'orphelin nouveau-né. Jeune ou vieille, mariée ou non, cette mère de remplacement est soumise à des pratiques bizarres, consistant en l'application de feuilles de ricin tièdes sur les seins et dans l'emploi de fumigations vers les parties génitales. De plus l'enfant est mis au sein plusieurs fois par jour. Trois ou quatre jours après, la sécrétion s'établirait.

Ces anomalies, à caractère en quelque sorte officiel et obligatoire, plaident, nous semble-t-il, merveilleusement la cause de la sécrétion normale par l'excitation du mamelon.

D'autre part, comment expliquer, en dehors de l'influence du système nerveux, certaines augmentations, diminutions ou perversions de la sécrétion lactée ? Il est d'observation courante que les émotions et les troubles psychiques ont un retentissement marqué sur la sécrétion. Nous rapportons nous-même dans notre travail (Obs. LVIII) une observation due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Péry, et dans laquelle une agalactie complète survenue au bout d'un mois et ayant nécessité le sevrage nous paraît être beaucoup plus la signature de phénomènes psychiques que la conséquence directe du traumatisme opératoire. Dans le même ordre d'idées, citons encore le cas, rapporté par R. Leroy, d'une jeune maniaque de 23 ans, vierge et bien réglée, présentant une sécrétion lactée permanente et abondante.

Toutefois, malgré tous ces faits, à l'heure actuelle, sans nier l'influence du système nerveux, les physiologistes ont tendance à admettre qu'il n'est pas du tout indispensable à la sécrétion lactée, et Schil, élève d'Ancel et Bouin, n'hésite pas à conclure : « La théorie nerveuse est abandonnée. »

II. — THEORIE DES EXCITANTS SPECIFIQUES

Parmi les nombreux faits qui prouvent l'existence de rapports étroits entre la mamelle et les organes génitaux, les partisans de la théorie nerveuse semblaient n'avoir qu'à glaner pour confirmer leur opinion. Cependant, nous venons de le voir, les multiples contradictions relevées au cours des expériences entreprises par les défenseurs de cette théorie indiquaient que les recherches devaient être poursuivies dans un autre domaine.

Claude Bernard, en jetant, dès 1872, les bases du mouvement endocrinologique, ouvrait aux chercheurs que la théorie nerveuse de la sécrétion lactée ne satisfaisait pas la voie toute nouvelle le long de laquelle ils devaient, par la suite, s'essayer à faire jaillir la source véritablement spécifique de cette sécrétion.

C'est ainsi que, bientôt après, Stumpf (1882), suivi de Hammerbacher (1884) et de Cornevin (1891), affirme que « la sécrétion lactée est sous la dépendance de substances spécifiques formées au niveau des organes génitaux.

Entre temps, se plaçant à un point de vue général, Jackson et Brown-Séquard avaient démontré que le sang charrie d'un organe à un autre des substances chimiques élaborées par le premier et ayant une influence élective sur le second.

Dès lors, la théorie des hormones spécifiques étant admise, restait à rechercher parmi les différents organes constitutifs de l'appareil génital le déterminisme particulier de chacun d'eux sur le phénomène de la lactation. Bien plus, les recherches devaient se compliquer de l'étude des éléments eux-mêmes de ces divers organes, et le fœtus paraissant jouer, lui

aussi, un rôle particulier, on s'appliquera à différencier le rôle qui lui revient. Il n'est pas jusqu'à la vieille théorie nerveuse qui ne reprenne de temps à autre ses droits, à côté des idées nouvelles et dans leur cadre même.

En présence d'une telle abondance d'expériences, marquant tour à tour des progrès ou des retours en arrière, et souvent des contradictions, il nous paraît plus logique, en dépit du respect de l'ordre chronologique, d'étudier les faits, en fonction des organes alternativement incriminés dans le déterminisme des phénomènes de la lactation.

Nous sommes particulièrement amené à cette classification à la suite du rapport du professeur O. Frankl, sur le placenta et le corps jaune, à la Société américaine de gynécologie, 21-23 mai 1923, qui combat l'opinion de Bouchacourt, émise sur le même sujet dès 1902, et par « les recherches et les théories du professeur Lipschütz sur la sécrétion interne des glandes génitales », éditées en 1924.

Aussi bien, nous étudierons le déterminisme des phénomènes de la lactation dans l'ordre suivant :

- A. Action de l'ovaire;
- B. Action du placenta;
- C. Action du fœtus et de l'œuf;
- D. Action de l'utérus;
- E. Action de certaines glandes à sécrétion interne et de facteurs variés.

A. — *Action de l'ovaire.*

Halban et Knauer, en 1899, ayant enlevé les ovaires à de jeunes animaux, montrèrent que cette opération entraîne l'atrophie des glandes mammaires.

Knauer, en 1900, démontre que les animaux récemment castrés ne subissent aucune modification du côté des mamelles si on leur fait assez tôt une greffe ovarienne.

De la comparaison de ces faits, ces auteurs déduisent que les ovaires jouent un rôle prépondérant dans l'hyperplasie des éléments glandulaires de la mamelle.

En 1905, Halban soutient que l'impulsion à l'accroissement de la mamelle à la puberté et lors des époques menstruelles est sous la dépendance de l'ovaire, mais, pour lui, le corps jaune gestatif n'a aucune influence. « Les ovaires n'ont aucune influence sur l'hyperplasie de la glande mammaire lors de la grossesse et sur la sécrétion lactée ». Il croit trouver une confirmation de sa thèse dans les nombreux cas d'ovariotomie durant la grossesse n'entraînant pas l'agalactie. En résumé, pour lui, l'ovaire n'agit sur la mamelle qu'en dehors de la grossesse.

Foges, en 1905, Cramer (1906), Bond (1906), indiquent l'ovaire comme cause du développement de la mamelle.

Heape, se basant sur des faits de sécrétion lactée observée sur des chiennes vierges au moment du rut, admit que l'accroissement de la mamelle et la sécrétion lactée sont tributaires de l'ovaire.

De même Marschal et Jolly indiquent le parallélisme qui existe entre l'accroissement du parenchyme de la mamelle, la déhiscence du follicule de de Graaf et la formation du corps jaune.

Foges, en 1908, fait dépendre l'accroissement de la mamelle de l'influence de l'ovaire, mais nie les rapports de cet organe avec le phénomène de la lactation, puisqu'au contraire la castration favorise, augmente et prolonge la sécrétion lactée.

D'autre part, à l'inverse des expériences de castration, Basch apporte des expériences de greffes d'ovaires de sujets gravides sur des sujets vierges; les greffes entraînaient d'abord un accroissement glandulaire, puis la sécrétion lactée chez ces sujets non fécondés. Toutefois, partisan de la théorie placentaire, il n'admet l'influence de l'ovaire que sur l'accroissement glandulaire.

Les auteurs précédents ont surtout étudié l'influence de l'ovaire total sur la lactation. Il semble bien que c'est à Ancel et Bouin et à leur élève Schil que nous devons les résultats les plus clairs sur l'étude du corps jaune en particulier. Ces derniers ont mis une telle conscience et ont fait preuve d'une

telle ingéniosité dans leurs expériences que nous croyons nécessaire de rappeler leur théorie avec quelques détails.

D'après eux, l'évolution de la glande mammaire se fait en trois périodes :

1° Une période prégravidique, qui s'étend jusqu'à la fécondation, que la glande soit pubère ou impubère;

2° Une période gravidique qu'ils divisent en deux phases :

a) L'une, de développement morphologique;

b) L'autre, nettement glanduleuse.

3° Une période postgravidique comprenant :

a) Une phase glandulaire (Allaitement);

b) Une phase de régression (Longue involution après l'arrêt de l'allaitement).

Au cours de leurs expériences, Bouin et Ancel ont constaté qu'après accouplement fertile, la glande mammaire passe par deux phases successives. Une phase de développement gravidique et une phase glandulaire gravidique, tandis qu'après accouplement stérile, la glande ne présente que la première phase de développement. Ils constatent que, dans ce dernier cas (accouplement stérile), cette phase est conditionnée par le corps jaune et concluent que dans la grossesse normale l'hyperplasie glandulaire est déterminée par le corps jaune, tandis que la phase glandulaire doit être soumise à l'influence d'un autre facteur.

Pour bien mettre en évidence cette action isolée du corps jaune, ils ont procédé à une série de trois expériences.

Dans une première expérience, ils provoquent la formation du corps jaune par un coït non fécondant. A la suite de ce coït, ils enregistrent une première phase d'une durée de quinze jours, pendant laquelle se produit une augmentation rapide de la glande mammaire, avec allongement et ramification des canaux galactophores. Après ces quinze jours d'accroissement, la phase de régression commence.

Dans une deuxième expérience, ils provoquent, chez la lapine vierge en rut, la formation du corps jaune par la pi-

gûre de quelques follicules et obtiennent les mêmes résultats qu'avec le coït non fécondant.

Enfin, dans une troisième expérience, qui est la contre-partie des précédentes, ils empêchent ou arrêtent l'évolution de la glande mammaire par la destruction des corps jaunes au thermocautère.

En dehors de ces expériences qui semblent lier le développement des mamelles uniquement à l'influence d'une hormone spécifique issue du seul corps jaune, Bouin, Ancel et Villemin, Houssy et Wallart, Hower, Aschner ont cherché, en soumettant les ovaires aux rayons X, à déterminer plus exactement le rôle des différents éléments de cet organe. Ces auteurs, agissant sur des animaux différents, ont pu provoquer par des doses bien réglées, d'une part, l'atrésie d'un grand nombre de follicules, et, d'autre part, une forte augmentation des cellules interstitielles.

Bouin, Ancel et Villemin ont recherché les effets produits sur l'organisme dans de telles conditions. Ils ont enregistré l'atrophie réciproque de l'utérus, des trompes du vagin, du clitoris et des glandes mammaires. De plus, la constatation simultanée de l'absence complète de corps jaune les amènent à conclure que lui seul intervient dans la fonction endocrine de l'ovaire et que les cellules interstitielles ne jouent aucun rôle.

Mais, pour Steinach et Holzknecht cette conclusion est tout à fait fausse. Opérant sur le cobaye, ils ont, tout au contraire, assisté au développement de la mamelle, et constaté que la muqueuse utérine se transformait dans des conditions analogues à celles du début de la gestation. Les ovaires, à la suite de l'irradiation étaient petits, les follicules atrésiés, les corps jaunes absents, mais, par contre, les cellules interstitielles très nombreuses. Pour eux, par conséquent, la fonction endocrine réside dans les cellules interstitielles.

Certes, ces derniers auteurs ne sont pas les seuls à avoir étudié le tissu interstitiel de l'ovaire, mais les avis sont très partagés sur le rôle qui lui appartient, et l'on ne paraît pas

très bien fixé sur son origine. Il est formé de cellules épithélioïdes et polyédriques, à structure glandulaire groupées autour des capillaires.

D'après Aschner, qui paraît avoir le mieux étudié la question sur les animaux, ces cellules se développeraient jusqu'à la puberté pour diminuer lorsque apparaît le premier corps jaune.

De Winiwarter pense que l'ovaire de tous les mammifères possède du tissu interstitiel, mais, avec Sainmont, il ne lui attribue qu'un rôle nutritif.

Athias, au contraire, en fait un organe glandulaire, bien qu'on ne retrouve pas la substance lipéoïde sécrétée.

En ce qui concerne l'espèce humaine, l'accord est encore plus imparfait au sujet du tissu interstitiel. Seitz et Wallart soutiennent qu'il est très développé pendant la gestation et qu'il est formé de cellules contenant des inclusions graisseuses, jaunâtres, ressemblant à la lutéine du corps jaune.

Fraenkel, Schaeffer nient la présence de la plus petite portion de tissu interstitiel dans l'ovaire adulte.

Aschner prétend que le nombre des cellules interstitielles est très augmenté, surtout pendant la deuxième moitié de la gestation.

Par contre, Meyer et Seitz ont fourni des observations opposées sur ce sujet. Pour Seitz, pendant la gestation, les cellules interstitielles sont très abondantes, mais prennent de plus en plus le type des cellules du corps jaune, à mesure que le terme de la grossesse approche; en même temps que se produit une atrophie de tous les follicules un peu gros.

Limon a d'ailleurs montré que le développement du tissu interstitiel est lié à l'atrophie folliculaire.

Guggisberg, pour déterminer quelles sont les cellules de l'ovaire dont la sécrétion endocrinienne est vraiment spécifique, fait l'expérience suivante. Ayant constaté la très grande sensibilité du lapin castré à l'adrénaline, il soumet les animaux en expérience à une très forte irradiation et remarque à la suite une même sensibilité. Il voit, dans ce fait, la signa-

ture d'un manque de sécrétion interne, et comme d'autre part l'autopsie lui révèle l'intégrité du tissu interstitiel et l'atteinte folliculaire, il conclut que seuls les follicules sont chargés de la fonction endocrinienne.

Lipschütz n'admet pas cette conclusion. Pour lui : « l'absence de signes de castration au niveau de l'utérus prouve bien que, dans ce cas, la sécrétion interne n'était pas absente »; tout au plus était-elle amoindrie. « En tout cas, l'augmentation de sensibilité à l'adrénaline ne peut être rapportée à une dysproduction des hormones sexuelles ».

D'autre part, Lipschütz, Steinach, Athias, Sand, Moore, ayant cherché à féminiser des mâles en faisant une greffe ovarienne, ont constaté que l'hypertrophie mammaire suivie ou non de sécrétion lactée, était déterminée par le tissu interstitiel né aux dépens des follicules.

De plus, chez une femelle castrée à deux mois, et à laquelle il fait une greffe ovarienne, Lipschütz constate un développement considérable de l'utérus. Les ovaires transplantés sont énormes, contiennent quelques follicules et quelques cellules ovulaires, le tout comme noyé dans une masse de tissu interstitiel. Lipschütz en conclut que la transformation des follicules en tissu interstitiel a été accélérée et que ce dernier est le facteur le plus important de la fonction endocrinienne de l'ovaire, tandis que les cellules ovulaires n'y prennent aucune part.

Il semble donc juste de considérer les follicules atrésiés et les cellules qui en dérivent comme des glandes à sécrétion interne.

De plus, si l'accord n'est pas complet sur l'origine réciproque des cellules interstitielles et du corps jaune, certains auteurs ne voient aucune différence génétique entre ces cellules, et de la sorte on peut admettre aussi une identité fonctionnelle entre ces deux parties de l'ovaire.

C'est bien là, en effet, l'opinion de Sand, pour lequel la fonction hormonique du corps jaune peut être accomplie par les cellules épithélioïdes interstitielles. Il y aurait concordance fonctionnelle, la différence étant seulement quantitative.

De même Aschner constate la disparition du corps jaune dans la deuxième moitié de la grossesse, avec augmentation de tissu interstitiel.

Biedl suppose que les cellules interstitielles d'origine folliculaire remplissent les mêmes fonctions lutéiniques que les cellules du corps jaune dégénéré.

Que conclure de l'ensemble des faits et des expériences que nous venons de rapporter ? Il semble bien que la question est encore loin d'être jugée et que la solution n'apparaisse pas plus claire, lorsqu'on la recherche dans les résultats fournis par l'opothérapie.

Les préparations de corps jaune ont donné à Fraenkel, Foges et Blair-Bell des résultats contradictoires.

Fellner, avec un extrait lipoïdique d'ovaires d'animaux gravides, enregistre des effets marqués sur les mamelles. Il attribue ce résultat aux lipoïdes du corps jaune. D'autre part, avec des extraits d'ovaires ne contenant que du tissu interstitiel, il obtient le même résultat.

B. — *Action du placenta.*

C'est Bouchacourt qui semble avoir étudié le premier l'action du placenta sur la sécrétion lactée. Dès 1902, cet auteur émet l'hypothèse du rôle galactogène de cet organe. Son action serait due à l'élaboration d'une substance transmise à la mamelle par voie sanguine et absorbée surtout au moment du décollement placentaire.

Bouchacourt fonde son hypothèse sur les faits de placentophagie animale et même humaine (peuplades indigènes du Brésil, de Russie d'Asie et du Soudan) qui provoqueraient une sécrétion lactée plus rapide et plus intense. Il apporte, de plus, certains faits cliniques à l'appui de sa thèse. Ayant fait ingérer du placenta frais de brebis à des femmes n'ayant pas de montée laiteuse au troisième ou quatrième jour, il constate, sous cette influence, l'hypertrophie mammaire et l'apparition de la sécrétion lactée.

Partant de ces constatations et de ces expériences cliniques, Bouchacourt a conseillé de combattre l'hypogalactie par l'opothérapie placentaire. Il indique, d'ailleurs, que pour réussir il faut utiliser le placenta frais, à la dose de dix à quinze grammes par jour, et le plus tôt possible après l'accouchement. Il considère en effet comme douteuse l'efficacité des extraits du commerce et en arrive même à préconiser l'emploi du placenta humain recueilli et préparé aseptiquement.

Cette méthode opothérapique, employée déjà du temps d'Hippocrate, a donné à Brindeau des observations d'augmentation de sécrétion lactée. Nous avons eu nous-même l'occasion d'administrer des extraits placentaires à la suite de trois accouchements suivis d'hypogalactie. Dans les trois cas, nous avons enregistré des effets positifs, mais ne dépassant pas une semaine à dix jours, malgré la continuation du traitement. Il est vrai de dire que nous avons employé des extraits du commerce et que, dans ces conditions, nos résultats négatifs ne sauraient infirmer la théorie de Bouchacourt.

A la même époque que Bouchacourt, Keiffer se range à la théorie placentaire. Pour lui, la substance élaborée par le placenta se mélange à la fois au sang maternel et fœtal au moment de l'accouchement et explique la montée laiteuse, à la fois chez la mère et le nourrisson.

C'est bien encore à la théorie placentaire que se rallie Halban, en 1905. Mais ses conclusions sont tout à fait en contradiction avec les idées des auteurs précédents. Pour cet auteur, la sécrétion lactée n'est pas due à l'action stimulante du placenta, mais à la cessation de cette action. La cessation de ce stimulus permettrait aux cellules mammaires néoformées d'élaborer leur produit de sécrétion. « C'est à la déhiscence placentaire ou à la cessation de son activité, lorsque le fœtus est mort dans l'utérus, qu'on doit attribuer le déterminisme de la sécrétion lactée. »

Basch, en 1909, revient à la théorie de Bouchacourt. Nous avons dit précédemment qu'il rattachait l'accroissement glandulaire à une action de l'ovaire, mais il fait dépendre la sécré-

tion lactée elle-même de l'influence du placenta. Il base sa thèse sur des injections d'extraits et des greffes placentaires ayant entraîné une sécrétion plus ou moins abondante chez des multipares dont la sécrétion était suspendue. En 1910, il tire une confirmation de ses expériences du fait que les deux sœurs pyopages Rosa et Josepha, qui n'ont aucun organe de commun, peuvent allaiter toutes deux, à la suite de l'accouchement de l'une d'elles.

Bouin et Ancel, dans la suite de leurs expériences que nous rappellerons quand nous traiterons de l'action de l'utérus, ont montré que le placenta n'était nécessaire ni pour le développement des glandes mammaires, ni pour l'élaboration des produits de sécrétion de cette glande.

A l'heure actuelle, la question relative au rôle joué par le placenta dans le déterminisme de la sécrétion lactée paraît encore un problème insoluble. Toutefois dans ces dernières années, les auteurs admettent de plus en plus le rôle inhibiteur du placenta. Nous savons que le placenta, probablement en même temps que l'ovaire, détermine l'hyperhémie, le développement de la glande mammaire et la formation du colostrum, mais le vrai lait n'apparaît qu'après l'accouchement.

Pour Stimson (1922), dans le processus de la lactation, il existe deux phases intéressantes : 1° L'accroissement mammaire qui dure du début à la fin de la grossesse; 2° L'apparition de la sécrétion lactée. Comment se fait-il, se demande l'auteur, que malgré la présence des hormones parties des ovaires ou de l'œuf, au cours de la grossesse, la sécrétion lactée ne s'établisse qu'au terme de cette grossesse ? Il faut, dit-il, que, durant la gestation, il existe un facteur inhibiteur de cette sécrétion, et il croit que cette inhibition est due à la présence du placenta. Il a observé que dans le cas où il y a avortement incomplet, notamment avant le cinquième mois, le lait n'apparaît dans les seins, qu'après la désinsertion complète de tout le placenta, mais la sécrétion lactée ne s'établit pas si une seule portion de cet organe reste en connexion intime avec l'utérus. Par contre, un placenta entier, mais par-

faitement désinséré, peut rester dans la cavité utérine sans entraîner l'agalactie.

A l'appui de sa thèse, Stimson apporte une observation fort intéressante : Il s'agit d'une femme de 36 ans, mère pour la huitième fois, ayant toujours très bien nourri ses enfants. Dix jours après son dernier accouchement, pourtant aussi normal que les précédents, cette femme n'a pas eu encore de montée laiteuse. Mais trois jours après, à la suite de légères douleurs, la malade expulsa une masse de la grosseur d'un citron, accompagnée d'une petite quantité de sang. A la suite de cet événement, la sécrétion lactée s'établit aussi abondante qu'après les accouchements antérieurs. D'autre part, l'examen de la masse expulsée révéla la présence de tissu placentaire non dégénéré et récemment détaché. Ce cas et d'autres semblables paraissent suffisants à l'auteur pour établir l'action inhibitrice du placenta.

O. Frankl (1923) défend, lui aussi, la théorie de l'action inhibitrice du placenta et s'est de plus attaché à prouver que cet organe agit grâce à la production d'hormones vraiment spécifiques, et non pas seulement, comme le prétendent certains, à la façon des substances protéïques variées réputées pour leur rôle galactogène.

Pour cet auteur, en effet, la question est étroitement liée avec le problème de savoir si le placenta peut être regardé comme un organe à sécrétion interne.

Adler, Thaler, etc., ont démontré que, sous l'effet combiné de la grossesse et de l'injection d'extrait placentaire, les animaux sont exposés à manifester un état subvétanique. D'autre part, c'est un fait bien connu que l'intervention d'une nouvelle grossesse arrête la fonction des glandes mammaires.

De tels faits prouvent très probablement que le placenta produit une substance à effets biochimiques définis sur l'organisme, mais ne paraissent pas entièrement convaincants à O. Frankl, et, estimant que d'autres recherches étaient nécessaires, l'auteur s'est livré à un certain nombre d'expériences destinées à établir à la fois l'action inhibitrice et l'action spécifique du placenta.

« Halban, dit O. Frankl, a, le premier, démontré que c'est directement la perte du placenta qui change le colostrum en lait. Pour prouver ou infirmer cette théorie j'ai fait certaines expériences, consistant en la transplantation du placenta d'une souris sous la peau du dos d'une autre souris. Le placenta greffé a persisté durant trois à quatre semaines, et, histologiquement, on a constaté qu'il avait été complètement absorbé.

» Le placenta à dix ou douze jours du terme, transplanté sur des sujets, approximativement amenés au même stade de grossesse, a provoqué une sécrétion suffisamment abondante pour nourrir cinq à six petits, qui commencèrent à s'allaiter, mais moururent invariablement dans les cinq à sept jours suivants, par consommation.

» Les expériences démontrèrent que les mamelles avaient sécrété du colostrum et non du lait, tandis que, dans les greffes sans succès, l'allaitement se produisit normalement.

» En résumé : Une transplantation avec succès de placenta sur une femelle pleine amène la persistance du colostrum. D'autre part, les mêmes animaux après une nouvelle grossesse sont de nouveau aptes à nourrir leurs petits. »

Pour l'auteur, ces expériences prouvent que chez les animaux connus pour avoir beaucoup de lait, la greffe du placenta suspend la sécrétion lactée, sous l'influence d'une hormone fournie par l'organe vivant.

Quant aux résultats obtenus avec augmentation de sécrétion lactée par l'emploi de préparations placentaires, O. Frankl reste convaincu qu'ils n'ont pas grande valeur. Si l'opothérapie était un simple moyen de combattre l'hypogalactie, elle serait employée dans toutes les cliniques du monde, et si les faits rapportés en sa faveur sont subjectifs, ils ne sont pas concluants, car, dans ces résultats, il y a toujours à déduire une cause possible d'erreur provenant de substances protéiques, c'est-à-dire qui pourraient n'avoir aucune valeur spécifique.

D'autre part, O. Frankl note que Hermann a isolé du corps jaune un lipide biologiquement et chimiquement identique

à un lipoïde extrait du placenta frais. Le plus caractéristique résultat obtenu avec ces très puissants lipoïdes a été un accroissement de la glande mammaire; même chez les animaux nouveau-nés. Il est donc permis à O. Frankl de soutenir, avec quelque raison, son affirmation que, durant la grossesse, l'action du placenta est prépondérante ou renforce l'activité du corps jaune, et de conclure à une double action spécifique du placenta :

- 1° Action hypertrophiante sur la mamelle;
- 2° Action inhibitrice de la sécrétion.

C. — *Action du fœtus et de l'œuf.*

L'action du fœtus sur la sécrétion lactée paraît avoir été moins bien étudiée que celle des autres facteurs pouvant agir sur cette sécrétion. La raison en est sans doute dans la difficulté d'isoler cet agent des autres causes de développement mammaire.

En 1906, Starling et Bayliss, après avoir admis l'hypothèse que certains organes sécrètent des hormones ayant une action dynamique, sans posséder une énergie propre, font de nombreuses expériences qui les amènent à nier la production d'une substance stimulante dans l'utérus, l'ovaire et même dans le placenta.

Ces auteurs croient avoir découvert cette substance dans le fœtus lui-même. Cependant, même dans les cas positifs, la croissance produite étant toujours faible, vis-à-vis de la quantité de matériel employé, ils concluent que « l'hormone responsable de l'accroissement de la mamelle durant la grossesse est élaborée pendant le développement de l'embryon ».

A la vérité, Starling n'est pas très affirmatif sur le rôle joué par le fœtus dans le déterminisme de la sécrétion lactée, et, d'autre part, on peut résumer ainsi les conclusions de cet auteur et de Lane Claypon, d'après Schil : « Le développement gravidique de la mamelle est dû à l'action d'un stimulus chimique spécifique sécrété par l'œuf fécondé. La sécrétion de

cette substance augmente avec l'accroissement du fœtus. » Cette dernière constatation paraît donner au fœtus un rôle prépondérant, mais non certain.

De plus, ces auteurs admettent que l'apparition du lait serait due à la cessation de l'action de l'hormone issue de l'œuf ou du fœtus et n'exercerait, par conséquent, son action que sur le développement glandulaire.

Cependant, en 1908, C. Foa, reprenant les expériences de Lane Claypon et Starling observe que les injections d'extrait de fœtus déterminent non seulement l'hypertrophie, mais aussi la sécrétion des mamelles d'une lapine vierge.

Mais pour Halban la sécrétion lactée ne saurait être sous la dépendance d'une hormone spécifique issue du fœtus. Il appuie son opinion sur ce fait qu'on ne peut invoquer une sécrétion fœtale, lorsque la montée laiteuse n'apparaît qu'à la suite de l'expulsion d'un fœtus mort depuis longtemps dans l'utérus.

O. Frankl, se basant sur les cas d'expulsion de môles hydatiformes, suivies de sécrétion lactée, exclut, lui aussi, le fœtus, comme facteur agissant sur la mamelle.

Si, à ces deux derniers cas cliniques, nous ajoutons les résultats d'Ance! et Bouin dans leurs expériences de coïts non fécondants mais ayant cependant entraîné l'hypertrophie et la sécrétion mammaires, le rôle du fœtus apparaît bien secondaire dans le phénomène de la lactation.

Mais, si le fœtus n'apparaît pas, comme producteur d'une hormone spécifique, pour certains auteurs, l'œuf serait lui-même le point de départ d'un stimulus chimique. Hildebrandt, en 1904, émit l'hypothèse que ce stimulus serait à la fois activant de l'hypertrophie mammaire et inhibiteur de la sécrétion, cette action inhibitrice cessant avec son expulsion, et dès lors, l'activité sécrétoire des glandes arrivées à leur parfait développement, pouvant s'exercer. « La grossesse constituerait donc pour les mamelles un facteur élevant leur potentialité fonctionnelle, mais inhibiteur de leur fonction. »

D. — *Action de l'utérus.*

Halban paraît avoir étudié le premier avec méthode l'action de l'utérus sur la sécrétion lactée. Nous avons déjà vu que ses recherches l'avaient amené à conclure à l'influence placentaire. Mais, pour arriver à se faire une opinion sur cette question, il a procédé par élimination. Avec beaucoup d'à-propos, il note que l'utérus peut transmettre son incitation aux glandes mammaires par deux voies différentes : la voie nerveuse et la voie sanguine.

Il rappelle les faits qui pourraient être invoqués en faveur de la voie nerveuse : 1° L'irritation et la succion du mamelon provoquant des sensations de jouissance, l'érection du clitoris, la contracture de la musculature du plancher du bassin, etc.;

2° L'irritation du sein peut provoquer chez les femmes enceintes des contractions utérines;

3° La mise au sein de l'enfant provoque des contractures utérines, et hâte l'involution puerpérale;

4° Une lactation trop prolongée peut amener une hyperinvolution de l'utérus;

5° La lactation aurait aussi une influence favorable sur la régression des myômes.

Mais tous ces faits montrent qu'il existe une relation entre la mamelle et l'utérus, sans toutefois prouver l'influence de l'utérus sur la lactation. Il existe d'ailleurs de nombreuses observations qui montrent que l'utérus ne joue aucun rôle dans la sécrétion lactée.

Lambret (1901) relate le cas d'une femme, à laquelle on a extirpé l'utérus à la fin de la grossesse et qui a pu tout de même nourrir son enfant.

Pinard (1901) observe le même fait après l'opération de Porro.

Hildebrandt (1904) décrit une césarienne vaginale, suivie d'extirpation totale, à cause d'un cancer du vagin. Malgré cela la sécrétion lactée est apparue quelques jours après l'opération.

Halban lui-même rapporte un cas de césarienne, suivi d'hys-

lérectomie supravaginale, accompagnée d'un allaitement normal et il en déduit : « L'utérus ne peut être considéré comme le point de départ de l'incitation lactogène, car nous voyons que la sécrétion lactée apparaît toujours, qu'il y ait un utérus ou non »..., et, se basant encore sur ces faits de césariennes, il conclut que non seulement l'utérus n'agit pas sur les mamelles par voie nerveuse, mais que l'opinion de la transmission par voie sanguine d'une hormone issue de l'utérus n'est pas plus admissible.

Par contre, Frongia (1904) pense que la sécrétion lactée est sous l'influence d'un produit élaboré par l'utérus : « L'ablation de l'utérus pratiquée dans les derniers temps de la gestation, ou au début des suites de couches, a toujours donné un plus rapide épuisement de la fonction mammaire, et, dans un nombre donné de cas, on n'a eu qu'une tentative incomplète de cette sécrétion sous forme d'humeur séreuse. »

Pour confirmer son opinion, Frongia apporte des résultats expérimentaux qui prouvent que l'injection péritonéale d'émulsion d'utérus puerpéral a pu déterminer chez les animaux en gestation l'apparition de sécrétion séreuse et même de sécrétion lactée.

O. Frankl, tout récemment encore, nie l'influence de l'utérus sur la sécrétion lactée : « L'opération de Porro n'empêche pas la sécrétion lactée. Cela prouve, ajoute-t-il, que l'involution de l'utérus puerpéral n'entre pas en jeu dans le phénomène de la lactation et n'est pas un facteur décisif. »

Cela prouve évidemment que ce n'est pas durant sa période d'involution postgravidique que l'utérus influence la glande mammaire, mais cela n'infirme en rien l'opinion d'Ancel et Bouin qui, eux, font dépendre le déterminisme de la sécrétion lactée d'une glande spécifique qui se développerait dans l'utérus durant la deuxième moitié de la gestation.

Ces auteurs, après avoir démontré, par des expériences que nous avons rapportées antérieurement, le rôle du corps jaune dans l'accroissement de la mamelle durant la première moitié de la gestation s'ingénient à déterminer l'action prépondé-

rante de l'utérus sur la sécrétion lactée elle-même. Nous ne saurions mieux faire que de les citer textuellement.

« Nous avons émis l'hypothèse que la seconde phase de l'évolution de la glande mammaire (Phase glandulaire gravidique caractérisée par des phénomènes sécrétoires) était déterminée par l'apparition d'une glande, que nous avons découverte dans le muscle utérin et appelée glande myométriale. Cette hypothèse était basée sur les constatations suivantes :

« La phase glandulaire gravidique commence aussitôt après l'apparition des premières cellules de la glande myométriale;

» Cette glande n'existe que pendant la deuxième moitié de la gestation, époque à laquelle se manifeste la phase glandulaire gravidique.

» Pour vérifier notre hypothèse nous avons cherché à faire apparaître la glande myométriale, en l'absence de fœtus et de placenta foetal.

» Nous avons tout d'abord fait exécuter à une lapine vierge et en rut un coït avec un mâle dont les canaux déférents avaient été partiellement réséqués depuis plusieurs mois. Dans ces conditions, des follicules ovariens se rompent, des corps jaunes se forment, mais les ovules n'étant pas fécondés meurent tous rapidement et dégènèrent; la glande mammaire, comme nous l'avons montré antérieurement, se développe jusqu'au quinzième jour, puis régresse sans avoir sécrété.

» Au huitième jour, époque à laquelle les œufs se fixent normalement dans l'utérus, nous remplaçons chez notre lapine non fécondée, l'excitation normale due à l'œuf, par une excitation mécanique.

Vers le vingtième jour après la rupture des follicules ovariens, les éléments constitutifs de la glande myométriale deviennent à leur tour nettement reconnaissables. A ce moment la glande mammaire présente de nombreux acini, reconnaissables à l'œil nu, bourrés de produits de sécrétion.

On voit... des groupes de lobules bourrés de liquide lactescent qu'on peut faire sourdre par pression hors des canaux galactophores. »

A la suite de ces expériences, Ancel et Bouin croient pouvoir conclure : « La deuxième phase ou glandulaire gravidique est très vraisemblablement déterminée par la glande myométriale.

« L'hormone qui détermine la sécrétion lactée n'est produite ni par le fœtus, ni par les formations d'origine fœtale.

» Les deux phases de l'évolution gravidique de la glande mammaire sont sous la dépendance d'éléments maternels. »

Après des expériences qui paraissent si concluantes, il était facile à Schil, élève d'Ancel et Bouin, de rejeter l'hypothèse presque généralement admise par tous les auteurs du rôle à la fois cinétogène et inhibiteur joué par les hormones à action spécifique sur les glandes mammaires. D'autre part, les faits d'agalactie rapportés à la suite de certains cas d'hystérectomie n'infirmant pas l'hypothèse d'un stimulus parti de la glande myométriale. « L'hypothèse d'une hormone cinétogène et inhibitrice de la sécrétion lactée ne peut plus être admise, dit Schil, maintenant que l'on sait que la sécrétion mammaire apparaît bien avant la parturition. » Pour ce même auteur, l'action de l'utérus n'est plus nécessaire après l'accouchement pour entretenir la sécrétion lactée. « La montée laiteuse coïncide, dit-il, avec le début de la rétraction utérine. Désormais c'est un stimulus exogène (la succion), qui va entretenir la sécrétion lactée, sans pouvoir la déterminer. »

Si les diverses théories que nous venons de passer en revue sont loin d'être concordantes, sur le rôle qu'elles assignent à l'utérus dans le phénomène de la lactation, il semble bien que la plupart des auteurs sont d'accord pour nier l'influence défavorable que pourrait amener la suppression de cet organe à la fin de la gestation. Les uns se basent sur les cas d'hystérectomie pour nier la présence d'une hormone spécifique issue de l'utérus, tandis que les autres s'efforcent de prouver que cette hormone existe et agit avant la parturition et que, dans ces conditions, la présence de l'utérus n'est plus indispensable au bon fonctionnement de l'appareil mammaire après l'accouchement.

De toutes façons, c'est là, nous semble-t-il, la conclusion qu'il est particulièrement intéressant de retenir, en raison même de l'étude que nous avons entreprise.

E. — *Action de certaines glandes à sécrétion interne et de facteurs variés.*

Nous empruntons à Marfan la plupart des renseignements qui vont faire l'objet de ce court chapitre, dont l'importance paraît assez secondaire, mais qu'il est indispensable d'écrire pour être complet.

M. Hertoghe avance que, durant l'allaitement, il se produit une suractivité de la glande thyroïde; il se fonde sur ce que chez certaines nourrices soumises à la médication thyroïdienne, on pourrait voir les règles disparaître et la sécrétion lactée augmenter. Cependant MM. Saintin et Fernet ont observé une femme qui, au début d'un myxœdème acquis, présentait une hypertrophie de la mamelle avec sécrétion de colostrum. MM. Richon et Jeandelize ont constaté que la sécrétion lactée se maintient abondante et se prolonge chez les lapines thyroïdectomisées.

La synergie qui existerait entre la glande mammaire et le corps thyroïde est donc, pour le moins, très obscure. Un seul fait semble bien établi : Le principe actif de la glande thyroïde s'élimine par le lait.

Les résultats de ces travaux ont été contestés par d'autres auteurs : Foa, Knöpfelmacher, Lombroso, Bolaffio.

On a avancé, mais ces faits sont à vérifier, que les hormones galactogènes pouvaient être élaborées par l'hypophyse, particulièrement le lobe postérieur (K. Mackenzie, Hammond), la glande pinéale (Ott et Scott, K. Mackenzie), le thymus (Ott et Scott).

D'autre part quelques auteurs, Schein entre autres, soutiennent que les prétendues hormones n'ont rien de spécifique. D'après ce dernier auteur, les principes alimentaires qui, pendant la grossesse, allaient, à travers le placenta, se fixer sur

le fœtus, gagnent après l'accouchement les glandes mammaires et parviennent au nouveau-né, sous forme de lait.

Freund et Schœn ont émis une idée analogue, en supposant une dérivation vers les mamelles du sang venu de l'utérus ou non, utilisé par lui, même après l'accouchement.

*
* *

Telles sont, exposées en un très court résumé, aussi complet que possible, les nombreuses et longues théories par lesquelles on a essayé d'expliquer l'origine de la sécrétion lactée. La plupart sont séduisantes et l'on serait presque tenté de dire qu'elles sont probantes, mais bien peu paraissent avoir apporté des résultats définitifs, et aucune ne saurait avoir élucidé entièrement le problème de la sécrétion lactée. Schil, lui-même, dans son magnifique travail sur cette question, est amené, en concluant, à faire quelques concessions à la vieille théorie nerveuse qu'il a déclarée abandonnée : « Les propriétés vasodilatatrices des sécrétions endogènes semblent faire penser que le système nerveux prend part au mécanisme de la transmission des incitations provenant du tractus génital...

... Quoi qu'il en soit, nous ignorons tout du mécanisme par lequel ces incitations spécifiques retentissent sur la mamelle. »

Pour Marfan, « de cette longue série de recherches, la seule conclusion équitable est que l'épithélium mammaire prolifère au début de la grossesse et sécrète ensuite, sous l'action de substances qui lui sont apportées par le sang. »

Mais, d'où viennent ces substances ? De l'ovaire ? du fœtus ? du placenta ? de la glande myométriale ? D'autres glandes endocrines ?... Il est, à l'heure présente, impossible de donner une réponse à ces questions. »

Cependant, il nous paraît que, dans le flot des hypothèses émises pour établir la spécificité de tel organe plutôt que de tel autre, il n'est pas excessif de prétendre qu'il y a au moins place pour une autre. Les organes incriminés dans le déterminisme de la sécrétion lactée n'obéiraient-ils pas plus simplement à la

grande loi de synergie qui régit l'organisme, et lorsque l'un d'entre eux vient à être déficient, ne se peut-il pas que la fonction qu'on aurait pu croire compromise soit aussitôt rétablie par un véritable phénomène de vicariance?

Nous avons d'ailleurs déjà vu, à propos de l'ovaire, que certains auteurs font dépendre le follicule, le corps jaune, les cellules interstitielles, d'une même origine et leur attribuent une fonction analogue sinon identique. Bien plus, nous avons rappelé que, d'après Hermann, corps jaune et lipoides placentaires sont identiques. Cette hypothèse des phénomènes de vicariance pourrait donc servir de conclusion à ce chapitre de physiologie, et nous semble à la fois confirmée par les faits et par cette notion aussi vieille que la théorie endocrinienne, à savoir : « qu'il ne faut pas envisager la fonction d'une glande endocrine isolément, qu'il y a des relations mutuelles entre toutes les glandes à sécrétion interne, comme entre l'appareil endocrinien global et les différentes parties de l'organisme. »

CHAPITRE II

CONDITIONS NORMALES DE L'ALLAITEMENT ET DE LA PROGRESSION DU NOUVEAU-NE

Le critérium d'une bonne sécrétion lactée est non seulement fourni par la quantité et la qualité du lait sécrété, mais aussi par l'augmentation de poids du nourrisson. C'est pourquoi, avant d'examiner l'allaitement postcésarien, il nous semble logique, afin d'avoir sous les yeux un élément de comparaison, de rappeler brièvement les conditions normales de l'allaitement et de la progression du nouveau-né. Nous empruntons les éléments de ce chapitre à Marian et à la thèse de Charles Jaume.

A partir du cinquième jour, le poids de l'enfant augmente de 20 à 30 grammes par jour. Si le poids augmente de 10 à 15 grammes seulement, il y a lieu d'attendre et de continuer l'allaitement au sein, sans recourir au lait de vache. Dans ces conditions, on assistera assez souvent à l'augmentation progressive de la sécrétion lactée, et on verra la courbe des poids reprendre son caractère normal.

L'enfant doit prendre au début en moyenne 20 à 25 grammes de lait par tétée, soit 120-150 grammes par jour; le 3^e jour 30 à 40 grammes, soit 180-240 grammes par jour, et du 5^e au 30^e jour, 40 à 75 grammes par tétée, soit 280 à 600 grammes par jour.

D'ailleurs une santé et une croissance normales peuvent être obtenues avec des rations très différentes, comme le prouvent les deux cas rapportés par Cramer, où les chiffres, quoi-

que très variables, ont correspondu au développement normal d'un nouveau-né :

Quantité de lait en grammes et par jour.

	1 ^{er} cas	2 ^e cas
1 ^{er} jour.....	0	19,20
2 ^e —	20	90,3
3 ^e —	70	193,2
4 ^e —	120	260,4
5 ^e —	190	339,3
6 ^e —	260	402,7
7 ^e —	270	415,6
8 ^e —	290	470,15
9 ^e —	300	

Le poids moyen à la naissance est de 3 kil. 250. Après la naissance, l'enfant perd de son poids jusqu'au 3^e ou 4^e jour. La perte de poids est de 300 grammes au maximum; elle est plus grande chez les gros enfants que chez les petits. Cette perte de poids varie aussi suivant le nombre des accouchements.

a) Pour les enfants des multipares, la perte est de 233 grammes au 3^e jour; 152 grammes pour le 1^{er} jour; 76 grammes pour le 2^e jour.

b) Pour les enfants des primipares, la perte est de 242 grammes au 3^e jour; 145 grammes pour le 1^{er} jour; 75 grammes pour le 2^e jour.

c) Pour les débiles, la perte est de 184 grammes au 3^e jour; 105 grammes pour le 1^{er} jour; 57 grammes pour le 2^e jour.

Ces chiffres, empruntés à Jaume, correspondent à une moyenne établie sur 900 observations.

Lorsque la perte de poids après la naissance dépasse 300 grammes; lorsque la reprise de la croissance n'a pas lieu ou lorsqu'elle est très retardée, et que ces anomalies ne peuvent être imputées ni à l'alimentation ni à un état maladif

appréciable de l'enfant, il faut toujours penser à l'hérédosyphilis.

De plus, il est à remarquer que la courbe de poids des enfants dont la perte a été sans raison peu considérable subit sans tarder une altération qui consiste tantôt en une nouvelle perte, tantôt en un état stationnaire.

À partir du 3^e ou 4^e jour, le poids de l'enfant remonte; il atteint le chiffre de la naissance du 5^e au 10^e jour. Dès lors, le poids augmente régulièrement de 20 à 30 grammes par jour, pendant les cinq premiers mois, et de 10 à 15 grammes pendant le reste de la première année, de façon qu'à 1 an le poids est de 9 kilos.

Poids moyen de 20 nourrissons élevés au sein et n'ayant pas présenté de maladie sérieuse.

Age	Poids	Age	Poids
Naissance..	3 kil. 250	4 mois.....	5 kil. 800
10 jours.....	3 kil. 250	5 mois.....	6 kil. 500
30 jours.....	3 kil. 700	6 mois.....	7 kil. 400
60 jours.....	4 kil. 400	9 mois.....	8 kil. 400
3 mois.....	5 kil. 100	12 mois.....	8 kil. 800

Il ne faut pas oublier que ce tableau représente une moyenne et que, même à l'état normal, les poids peuvent varier d'un sujet à un autre. D'autre part, le poids s'accroît plus vite en été et à l'automne qu'en hiver et au printemps.

Quantités minima et maxima de lait prises en 24 heures par des enfants présentant un bon état de santé et une croissance normale, et montrant que les variations étendues des rations sont compatibles avec un développement normal.

Quantités de lait par 24 heures.

Age	Minima	Maxima
1 ^{er} jour	0	30
2 ^e jour	40	60
3 ^e jour	80	150
4 ^e jour	100	200
10 ^e jour	200	400
10 ^e au 30 ^e jour.....	300	600
2 ^e et 3 ^e mois.....	500	800
4 ^e et 5 ^e mois.....	700	900
6 ^e au 9 ^e mois.....	900	1.050

CHAPITRE III

CAUSES CLINIQUES FAVORISANT, RETARDANT OU EMPECHANT L'INSTALLATION DE LA SECRETION LACTEE

Nous avons déjà traité longuement, à propos de la théorie nerveuse sur la sécrétion lactée, la question primordiale de l'influence de la succion sur l'établissement et l'entretien de cette sécrétion. Nous ne ferons donc que rappeler ici, avec Marfan, que « avant tout il faut se convaincre que le meilleur galactogène, c'est la succion du mamelon par le nourrisson », et que, dans les cas d'hypogalactie, « on devra rapprocher les repas et mettre l'enfant au sein, et à chaque sein, toutes les deux heures ». La mise au sein régulière et persévérante et, seulement dans les cas de nécessité, l'allaitement mixte permettent en général d'obvier à l'hypogalactie primaire.

Si l'établissement et l'entretien de la sécrétion lactée, chez une femme en bonne santé, sont à peu près liés uniquement à la pratique de la succion par le nouveau-né, bien plus nombreuses sont les causes qui peuvent être incriminées dans les cas d'hypogalactie. Nous allons passer rapidement en revue les différents facteurs susceptibles d'influencer défavorablement l'allaitement et examiner l'importance de chacun d'eux.

Il découle tout naturellement, de ce que nous avons dit de l'influence de la succion, que toute cause qui l'empêche ou la gêne entraînera l'hypogalactie. Au nombre de ces causes nous citerons :

1° Les malformations du mamelon : mamelons courts, plats,

ombiliqués, ou par contre d'un volume exagéré. Mais il est rare que l'obstacle soit définitif;

2° Les gerçures, crevasses, la galactophorite, la lymphangite et les abcès.

Les gerçures et crevasses sont parfois très douloureuses. La violence de la douleur diminue alors la sécrétion lactée et modifie peut-être aussi la qualité du lait.

La galactophorite, entraînant un écoulement purulent, interdit la mise au sein, et quand elle est douloureuse compromet la sécrétion lactée.

La lymphangite et les abcès peuvent durer assez longtemps pour retarder, quand leur évolution se fait sur les deux mamelles, l'établissement normal de la sécrétion. Il est rare cependant que la mamelle atteinte d'abcès « soit définitivement perdue pour l'allaitement présent ».

Ces derniers cas sont surtout sous la dépendance d'une mise trop tardive de l'enfant au sein. C'est qu'en effet une mise tardive au sein est un facteur important qui peut déterminer une agalactie définitive quand le retard atteint un mois.

Nous avons déjà dit ailleurs le rôle joué par les émotions : peur, honte, malheur, colère. Mais en général, si elles peuvent provoquer des suppressions brusques de la sécrétion, elles ne sont pas définitives.

Du côté de l'enfant, les lésions des lèvres, les aphtes empêchant une succion énergique peuvent retarder la sécrétion. De même certains enfants, gros en général, sont paresseux, mais il suffit le plus souvent d'évacuer leur intestin pour que, l'appétit aidant, le taux de la sécrétion s'élève aussitôt.

Parmi les autres causes qui peuvent retarder ou amoindrir la sécrétion lactée, nous relevons les maladies chroniques et les maladies aiguës. Parmi les maladies chroniques, la plus importante, avec la syphilis, est la tuberculose. Cette dernière est surtout une contre-indication à l'allaitement, tandis que la première est au contraire une indication à l'allaitement par la mère, laquelle peut en général allaiter, si des soins

éclairés lui ont conservé par ailleurs un bon état de santé général.

L'albuminurie, considérée comme une contre-indication à l'allaitement, n'empêche pas la sécrétion lactée, d'après Pinard, et il faut ne considérer comme contre-indication que le mal de Bright avec albuminurie notable, œdèmes, désordres urémiques, etc., qui seul peut se traduire par une sécrétion lactée insuffisante et de mauvaise qualité. La pyélo-néphrite gravidique n'exclut nullement la possibilité de l'allaitement.

Parmi les maladies aiguës : l'érysipèle, les fièvres éruptives, la pneumonie, la broncho-pneumonie, la pleurésie, le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, peuvent empêcher l'établissement normal de la sécrétion.

Une femme qui, jeune encore, a de nombreuses dents cariées a des chances de ne pas être une excellente nourrice. Cette règle, qui paraît confirmée par les statistiques de Bunge, est bien loin d'être absolue.

Les suites de couches pathologiques sont quelquefois un obstacle à l'allaitement; cependant, cet obstacle est assez souvent surmontable.

L'infection puerpérale, si elle est légère, n'empêche pas la mise au sein, et dans ces conditions la sécrétion lactée, parfois ralentie, peut cependant se régulariser.

Dans les cas d'accouchement laborieux ou ayant nécessité des interventions chirurgicales importantes, il faut faire le départ entre le *shock* opératoire, l'intoxication due au chloroforme ou à l'éther ou toute autre substance anesthésiante et à l'hémorragie. Mais, dans tous ces cas, la sécrétion lactée n'est que peu compromise, et sauf dans les cas d'hémorragies très abondantes, elle ne tarde pas à s'établir et à se régulariser normalement. Nous rapportons d'ailleurs nous-même dans notre thèse deux observations (LXI et LXII) dans lesquelles l'intervention, rendue nécessaire par d'abondantes hémorragies, n'a pas eu de retentissement fâcheux sur la sécrétion lactée.

Nous pouvons donc conclure avec Marfan que les maladies

aiguës et les accidents obstétricaux peuvent empêcher momentanément une nouvelle accouchée de donner le sein, mais ne sont pas toujours un obstacle à l'allaitement et que, même après plusieurs semaines, la sécrétion lactée peut s'établir.

Et d'autre part, pour prendre une moyenne entre les avis extrêmes de Pinard, qui affirme que 99 p. 100 des femmes peuvent allaiter, et de Bunge, qui prétend que la plupart des femmes n'allaitent pas parce qu'elles en sont physiquement incapables, nous rappellerons que les statistiques minutieusement contrôlées de Marfan prouvent bien que : « la proportion des femmes à peu près saines qui sont dans l'impuissance d'allaiter ne dépasse guère 10 p. 100 ».

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous avons réparti les observations qui vont suivre en deux groupes :

- 1° Césariennes conservatrices (32 cas);
- 2° Césariennes et hystérectomie (13 cas).

Dans chacun de ces groupes, nous avons étudié séparément les cas recueillis :

- a)* A la clinique obstétricale;
- b)* Dans le service de la Maternité;
- c)* En clientèle;
- d)* Dans la littérature.

Nous avons d'autre part, autant que possible, rapproché les cas semblables et les cas de césariennes itératives.

Enfin, à la suite de ce recueil d'observations et en dehors de nos conclusions, nous avons analysé séparément :

- 1° Les cas de césariennes conservatrices;
- 2° Les cas de césariennes et hystérectomie.

OBSERVATIONS CESARIENNES CONSERVATRICES

Observations recueillies à la clinique obstétricale.

OBSERVATION I.

N° 248. — Césarienne itérative (2^e), 17 avril 1924.

La 1^{re} C (D^r Balard), 3 juillet 1922. Mme L. C., 35 ans. III-pare.

Fille pesant à la naissance	3 kil. 575
— au 48 ^e jour	5 kil. 200
Moyenne d'augmentation par jour	33 gr. 8

Allaitement au sein : Les tétées s'accroissent régulièrement de 40 grammes au début jusqu'à 120-130 grammes au 48^e jour.

Perte de poids au 5^e jour, 325 grammes.

Reprise rapide et accroissement régulier.

L'allaitement a été suivi par M. le docteur Favreau, après la sortie de cette femme, et s'est continué dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION II.

N° 135. — Césarienne du 9 avril 1919.

Elisa R..., 21 ans. Bas. cyphoscoliotique.

Fille pesant à la naissance	2 kil. 500
— au 50 ^e jour	3 kil. 800
Moyenne d'augmentation par jour	26 gr.

Allaitement : artificiel durant les cinq premiers jours. Puis allaitement mixte jusqu'au 10^e jour. Puis allaitement au sein définitif. Les tétées de 100 grammes au 15^e jour passent à 130-150 grammes au 50^e jour.

La perte de poids n'a pas dépassé 300 grammes, s'est manifestée jusqu'au 10^e jour.

La reprise est complète au 15^e jour au moment où commence l'allaitement définitif au sein.

OBSERVATION III.

N° 166. — Césarienne du 12 mars 1924.

Mme X..., III-pare, 31 ans. Bas. rétréci. Phlébite gauche.

Garçon pesant à la naissance	2 kil. 850
— au 55 ^e jour	4 kil. 200
Moyenne d'augmentation par jour	24 gr. 5

Allaitement au sein : les tétées s'accroissent régulièrement de 40 grammes au début à 120-140 grammes au 55^e jour.

Perte de poids au 4^e jour : 300 grammes.

Reprise et accroissement rapides et réguliers.

OBSERVATION IV.

N° . — Césarienne du 7 juillet 1924.

Mme C..., I-pare, 22 ans. Tumeur prœvia.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 100
— au 27 ^e jour	3 kil. 650
Moyenne d'augmentation par jour	20 gr.

Perte de poids au 3^e jour, 25 grammes, insignifiante, se fait en réalité 300 grammes au 11^e jour.

La reprise se fait alors et la progression se poursuit normalement.

D'ailleurs l'allaitement au sein est insuffisant jusqu'au 11^e jour, les tétées n'étant que de 40 grammes.

Par la suite, elles se régularisent et parties de 60 grammes au 14^e jour, elles atteignent progressivement 100 grammes au 27^e jour.

Nota. — Cette observation justifie les conclusions de Jaume au sujet de la perte de poids initial : « A perte minime, reprise lente ou nouvelle perte. »

OBSERVATION V.

N° 242. — Césarienne itérative (2^e), 1^{er} avril 1924.

(La 1^{re} césarienne sera rapportée plus loin sous le n° XVI de notre classement).

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 750
— au 38 ^e jour	4 kil. 450
Moyenne d'augmentation par jour	19 gr.

Allaitement au sein : tétées de 40 grammes au début, arrivant au 38^e jour, à 110-120 grammes.

Perte de poids au 5^e jour : 350 grammes.

Reprise rapide. Accroissement normal.

Nota. — Lors de la 1^{re} opération, l'accroissement se chiffrait par 2 grammes.

OBSERVATION VI.

N^o 309 *bis.* — Césarienne du 19 août 1919.

X..., bassin minor rachitique. 3 grossesses : 1^{re} grossesse, forceps. Enfant mort; 2^e grossesse, avortement; 3^e grossesse, actuelle.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 370
— au 18 ^e jour	3 kil. 550
Moyenne d'augmentation par jour	10 gr.

Allaitement au sein : les tétées débutent à 50 grammes, jusqu'à 90-100 grammes au 18^e jour.

Perte de poids au 3^e jour : 270 grammes.

Reprise rapide. Accroissement régulier et quasi normal.

OBSERVATION VII.

N^o . — Césarienne itérative (2^e), 7 juin 1924.

Mme P..., II-pare, 22 ans.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 350
— au 17 ^e jour	3 kil. 625
Moyenne d'augmentation par jour	16 gr. 17

Allaitement au sein : tétées 50 grammes au début, arrivent au 17^e jour à 150 grammes.

Perte de poids au 4^e jour : 225 grammes.

Reprise rapide. Progression normale.

Nota. — L'allaitement, suivi par la suite par M. le docteur Favreau, se poursuit régulièrement.

OBSERVATION VIII.

N° 163. — Césarienne du 12 mars 1924.

Mme P..., 34 ans. Bas. rétréci. Rachitisme. Goître exophtalmique.
Phlébite double.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 200
— au 51 ^e jour	3 kil. 950
Moyenne d'augmentation par jour	14 gr. 6

Allaitement au sein, avec complément des tétées, 7 à 8 jours au cours des suites opératoires et à divers intervalles. Jusqu'au 30^e jour, les tétées parties de 20 grammes, atteignent parfois 60 grammes pour retomber à 20 grammes.

A partir du 36^e jour, accroissement progressif jusqu'à 110 grammes.

Perte de poids au 4^e jour : 350 grammes.

Reprise lente, s'accroissant à partir du 17^e jour.

Dès lors : progression normale et régulière jusqu'au 51^e jour.

Remarque. — En somme, quelques fluctuations dans l'accroissement de l'enfant au début d'un allaitement dont le débit est incertain; puis progression normale, avec l'établissement d'une sécrétion lactée normale.

OBSERVATION IX.

N° 97. — Césarienne du 5 mars 1920.

X..., 31 ans, II-pare.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 950
— au 13 ^e jour	4 kil. 100
Moyenne d'augmentation par jour	11 gr. 50

Allaitement au sein : les pesées des tétées marquent un accroissement régulier de 30 grammes au début, à 110 grammes au 13^e jour.

Perte de poids au 2^e jour : 250 grammes.

La reprise débute au 4^e jour, mais l'accroissement s'arrête au 9^e jour.

N. B. — Cet arrêt ne correspond pas à une diminution des tétées. Nous n'avons pu en trouver le motif réel.

OBSERVATION X.

N° 158. — Césarienne du 18 mars 1922.

X..., I-pare, 49 ans. Bas. rétréci.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 530
— au 22 ^e jour	3 kil. 750
Moyenne d'augmentation par jour	10 gr.

Allaitement au sein, sans aucun renseignement sur la quantité de lait fournie.

La perte de poids est terminée au 3^e jour et se chiffre par 275 grammes.

La reprise se fait à partir du 4^e jour et l'augmentation se poursuit progressivement jusqu'au 22^e jour.

OBSERVATION XI.

N° 206. — Césarienne du 12 avril 1922.

X..., I-pare, 25 ans. Placenta prævia.

Fille pesant à la naissance (p); au 23^e jour, 3 kil. 100; au 4^e jour, l'enfant pèse 2 kil. 875, et augmente progressivement jusqu'à 3 kil. 100 au 23^e jour. Ce qui donne une moyenne de 10 grammes, sans tenir compte du poids initial que nous ne connaissons pas.

OBSERVATION XII.

N° . — Césarienne du 11 septembre 1924.

Mme L..., II-pare, 35 ans.

Fille pesant à la naissance	2 kil. 780
— au 20 ^e jour	2 kil. 980
Moyenne d'augmentation par jour	10 gr.

Allaitement au sein : les tétées progressent irrégulièrement; 50 grammes au 10^e jour; 40 grammes au 17^e jour, pour atteindre 80 grammes au 20^e jour.

La perte de poids se chiffre au 6^e jour par 155 grammes.

La reprise est lente et ne se fait qu'entre les 13^e et 17^e jours.

Le poids augmente alors assez brusquement de 150 grammes en trois jours.

Cette augmentation paraît en rapport avec l'augmentation marquée entre le 17^e et le 20^e jour de la sécrétion lactée.

Les trois observations qui suivent concernent les trois grossesses successives de la même femme.

OBSERVATION XIII.

N° 552. — Césarienne du 27 octobre 1921.

Mme X..., I-pare, 21 ans. Bassin canaliculé.

Fille pesant à la naissance	3 kil. 100
— au 25 ^e jour	3 kil. 250
Moyenne d'augmentation par jour	6 gr.

Allaitement au sein : les tétées sont irrégulières : 80 grammes au 9^e jour; 50 grammes au 12^e jour; 30 grammes au 15^e jour et au delà.

Déficit certain qui se traduit par une courbe de poids au-dessous de la normale.

La perte de poids est achevée au 3^e jour et se chiffre par 125 grammes.

La reprise est achevée entre le 9^e et le 12^e jour. L'accroissement se poursuit timidement mais régulièrement.

OBSERVATION XIV.

Même femme que ci-dessus.

N° 679. — Césarienne itérative, 11 décembre 1922.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 600
— au 21 ^e jour	3 kil. 700
Moyenne d'augmentation par jour	5 gr.

Allaitement au sein : la quantité des tétées n'a pas été indiquée.
Perte de poids au 3^e jour : 350 grammes.

Début de la reprise au 5^e jour : 3 kil. 350.

Courbe de poids très au-dessous de la normale, mais accroissement progressif et régulier.

OBSERVATION XV.

Même femme que ci-dessus.

N° . — Césarienne itérative (3^e), 28 juillet 1924.

Fille pesant à la naissance 3 kil. 050

— au 19^e jour 3 kil. 200

Moyenne d'augmentation par jour 8 gr.

Allaitement au sein : tétées régulièrement progressives (40; 80; 90; 110 grammes).

La perte de poids n'apparaît pas nettement. Elle semble cependant être achevée vers le 9^e jour et se chiffrerait par 200 grammes.

La reprise se poursuit du 9^e au 16^e jour (3 kil. 050, poids initial à cette date). Puis brusque augmentation de 150 grammes en 3 jours. (La sécrétion lactée est alors passée de 90 à 110 grammes par tétée.)

Cette dernière observation paraît indiquer chez cette même femme un régime plus régulier de la sécrétion lactée, que lors de ses précédentes grossesses.

OBSERVATION XV bis.

N° 231. — Césarienne du 16 avril 1923.

Mme R. M..., I-pare 28 ans. Bas. rétréci.

Fille pesant à la naissance 3 kil. 700

— au 21^e jour 3 kil. 850

Moyenne d'augmentation par jour 7 gr.

Allaitement au sein : tétées s'accroissant de 20 grammes au début à 70 grammes à partir du 15^e jour.

Perte de poids au 3^e jour de 325 grammes.

Reprise terminée au 10^e jour (3 kil. 700).

Accroissement faible mais régulier.

OBSERVATION XVI.

N° 108. — Césarienne du 21 février 1921.

Mme T... (même femme que celle de l'observation V). II-pare;
23 ans. Bassin légèrement rétréci.

Fille pesant à la naissance	3 kil. 250
— au 24 ^e jour	3 kil. 300
Moyenne d'augmentation par jour	2 gr.

Allaitement au sein : tétées s'accroissant régulièrement de 60 grammes au début à 110 grammes au 19^e jour.

La perte de poids de 300 grammes paraît achevée au 5^e jour (2 kil. 975), mais la reprise ne se fait pas et il faut arriver au 21^e jour pour atteindre le poids de la naissance. Dès lors, la courbe de poids se redresse, sans doute sous l'influence d'une sécrétion lactée plus abondante. Les tétées sont en effet passées de 80 grammes à 110 grammes à cette même date. Pour les cinq derniers jours, l'augmentation moyenne devient ainsi de 25 grammes par jour.

Il semble donc bien que nous nous trouvions en présence d'un cas de reprise tardive, non imputable à la mère.

Cette dernière remarque ressort de la comparaison de la quantité de lait sécrété au cours de deux allaitements différents (observation V) et ayant entraîné la seconde fois, une augmentation du poids de l'enfant égale à 18 gr. 7 par jour.

OBSERVATION XVII.

N° 89. — Césarienne du 13 février 1921.

Mme B..., I-pare, 31 ans. Bassin canaliculé.

✓ Fille née étonnée, 1/4 d'heure de manœuvres.

Pesant à la naissance	2 kil. 500
— au 33 ^e jour	2 kil. 500
Moyenne d'augmentation par jour	Néant.

Allaitement au sein jusqu'au 22^e jour; tétées irrégulières de 45, 15, 30, 50 grammes.

Allaitement au biberon, et injection de sérum du 25^e au 33^e jour.

Il est difficile de déterminer la perte de poids réelle; l'état est resté stationnaire.

Par la suite, l'allaitement a été poursuivi à la « Maison du Bébé », sous la direction de M. le docteur Balard, qui a bien voulu nous confier la courbe des pesées de la première année.

Nous notons sur cette courbe :

Allaitement : artificiel à son arrivée de la clinique; nourrie ensuite au sein par une nourrice.

A 3 mois l'enfant pèse : 3 kil. 300;

A 6 mois l'enfant pèse : 4 kil. 300;

A 9 mois l'enfant pèse : 5 kil. 300;

A un an l'enfant pèse : 6 kil. 200.

Il ressort de ces chiffres que même avec le secours d'une nourrice, la courbe de poids de l'enfant reste très inférieure à la « courbe normale d'augmentation en poids » établie par M. le docteur Balard. Le déficit moyen est de 1 kil. 900 à 2 kilos.

De plus, la progression bien que continue a toujours une tendance à diminuer. Le poids de l'enfant à un an est en effet inférieur de 2 kil. 700 au poids indiqué comme normal (8 kil. 900).

Dans cette observation, fort bien suivie à la « Maison du Bébé », le déficit dans l'augmentation de poids de l'enfant ne peut donc être imputé à un mauvais allaitement maternel.

OBSERVATION XVIII.

Cette observation concerne la même femme que l'observation précédente.

L'accouchement a eu lieu à la Maternité mais, logiquement, nous croyons devoir la rapporter parmi les observations recueillies à la clinique d'accouchement.

Maternité n° 800. — 3 décembre 1923.

Mme B..., 31 ans, césarienne itérative (2^e).

Fille pesant à la naissance 2 kil. 550

— au 29^e jour 2 kil. 800

Moyenne d'augmentation par jour 8 gr. 6

Allaitement au sein : les tétées de 10 à 25 grammes jusqu'au 14^e jour sont complétées par un biberon. A partir du 15^e jour l'allaitement se fait exclusivement au sein, les tétées étant passées progressivement de 60 grammes au 15^e jour, à 80-90 grammes au 29^e jour.

La perte de poids est de 170 grammes au 4^e jour.

La reprise commence le 5^e jour et est complète le 11^e jour (2 kil. 550).

L'accroissement se poursuit faiblement, mais de façon continue et progressive.

A la suite, l'allaitement maternel est continué sous la surveillance de M. le docteur Balard à la « Maison du Bébé ».

Nous notons :

Allaitement : maternel à l'arrivée, mixte à cinq mois.

A 3 mois l'enfant pèse : 3 kil. 700;

A 5 mois l'enfant pèse : 4 kil. 700;

A 6 mois l'enfant pèse : 5 kil. 100;

A 9 mois l'enfant pèse : 6 kil. 900;

A un an l'enfant pèse : 7 kil. 900;

La courbe reste au-dessous de la normale, mais le parallélisme est parfait. Si nous nous rappelons que l'enfant ne pesait que 2 kil. 550 à la naissance, nous pouvons admettre que la progression a été tout à fait normale (2 kil. 550 $\times$ 3 kil. = 7 kil. 650), au cours de la première année.

Deux faits ressortent de ces deux dernières observations :

1^o La même femme qui n'a pu allaiter après sa première césarienne, peut allaiter entièrement durant cinq mois, et jusqu'à la fin de la première année en se faisant aider à la suite de la seconde césarienne;

2^o Le premier enfant allaité au sein d'une nourrice présente un accroissement très inférieur à la normale.

Le deuxième enfant allaité au sein maternel s'accroît normalement.

OBSERVATION XIX.

N° 47. — Césarienne du 25 janvier 1922.

Georgette Y..., IV-pare, 25 ans. Bas. rétréci.

Garçon pesant à la naissance	2 kil. 950
— au 22 ^e jour	2 kil. 750
Moyenne de diminution par jour	9 gr.

Allaitement au sein : les tétées indiquées seulement entre les 11^e et 17^e jour, se chiffrent par 40 et 50 grammes.

Il est impossible d'assigner une date exacte à la perte de poids qui paraît être de 250 à 300 grammes.

Pas de reprise appréciable.

OBSERVATION XX.

N° 243. — Césarienne itérative (3^e), 14 avril 1924.

Georgette Y..., VI-pare, 27 ans.

Garçon pesant à la naissance	2 kil. 800
— au 17 ^e jour	2 kil. 750
Moyenne de diminution par jour	3 gr.

Allaitement au sein : les tétées indiquées seulement les : 9^e jour donnent 60 grammes; 11^e jour donnent 80 grammes; 14^e jour, donnent 100 grammes; 17^e jour, donnent 50 grammes, paraissent très irrégulières.

La perte de poids de 300 grammes paraît se poursuivre jusqu'au 11^e jour; date à laquelle s'amorce une reprise timide (3 kil. 700) et une progression de 25 grammes tous les trois jours.

OBSERVATION XXI.

N° 240. — Césarienne du 20 avril 1923.

Marie P..., I-pare. Luxation congénitale.

Fille pesant à la naissance	2 kil. 750
— au 26 ^e jour	2 kil. 650
Moyenne de diminution par jour	4 gr.

Allaitement au sein : les pesées des tétées sont indiquées seulement le 3^e jour : 30 grammes; le 5^e jour : 20 grammes; le 9^e jour : 50 grammes; le 11^e jour : 60 grammes. Le 24^e jour l'observation porte un biberon de 20 grammes.

La perte de poids au 3^e jour est de 400 grammes.

La reprise se fait dès lors progressivement, mais très lentement, et le poids de la naissance n'est pas repris au 26^e jour. Toutefois, nous devons noter qu'à partir de la grosse perte initiale de 400 grammes l'accroissement quotidien est de 15 grammes.

OBSERVATION XXII.

N^o 543. — Césarienne du 19 septembre 1923.

Hélène S..., I-pare, 23 ans. Bas. rachitique.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 570
— au 23 ^e jour	3 kil. 480
Moyenne de diminution par jour	4 gr.

Allaitement au sein : les tétées s'accroissent régulièrement de 50 grammes au début, jusqu'à 90 grammes au 21^e jour.

Perte de poids au 4^e jour de : 320 grammes.

La reprise se fait progressivement, mais très lentement.

OBSERVATION XXIII.

N^o . — Césarienne du 2 juin 1924.

M^{me} L..., IV-pare, 32 ans.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 950
— au 23 ^e jour	3 kil. 750
Moyenne de diminution par jour	8 gr.

Allaitement au sein : les tétées s'accroissent régulièrement de 40 grammes au début, à 120 grammes le 20^e jour.

Perte de poids au 5^e jour : 325 grammes.

Reprise lente et très irrégulière; malgré la progression de la sécrétion lactée.

OBSERVATION XXIV.

N° . — Césarienne du 7 juin 1924.

Georgette C..., II-pare, 23 ans.

Fille pesant à la naissance	2 kil. 820
— au 18 ^e jour	2 kil. 650
Moyenne de diminution par jour	9 gr. 5

Allaitement au sein : les tétées s'accroissent de 50 grammes au début, à 110 grammes au 15^e jour.

La perte de poids au 4^e jour est de 220 grammes et s'accroît jusqu'au 8^e jour : 345 grammes.

Reprise très lente et irrégulière.

Césariennes pratiquées dans le service de la Maternité.

OBSERVATION XXV.

N° 311. — Opération césarienne du 24 avril 1922.

X..., II-pare, 22 ans.

Fille pesant à la naissance	3 kil. 050
— au 33 ^e jour	3 kil. 900
Moyenne d'augmentation par jour	26 gr.

Allaitement au sein : tétées complétées par un biberon les premiers jours. Les tétées s'accroissent régulièrement de 10 grammes au début, à 100 grammes au 17^e jour, pour se maintenir à 110-120 grammes vers la fin du mois.

La perte de poids est au 4^e jour de 300 grammes.

La reprise s'effectue progressivement et le poids initial est repris au 12^e jour.

La croissance se poursuit normalement.

OBSERVATION XXVI.

N° 214. — Césarienne du 18 mars 1922.

X..., IV-pare, 33 ans.

Fille pesant à la naissance	3 kil. 170
— au 24 ^e jour	3 kil. 550
Moyenne d'augmentation par jour	16 gr.

Allaitement au sein : les tétées s'accroissent régulièrement de 10 grammes au début à 120 grammes au 24^e jour.

La perte de poids est terminée au 5^e jour et se chiffre par 300 grammes.

La reprise est complète le 12^e jour (3 kil. 170).

La croissance se poursuit normalement.

OBSERVATION XXVII.

N° 604. — Césarienne du 15 septembre 1923.

X..., I-pare, 27 ans.

Garçon pesant à la naissance	2 kil. 320
— au 40 ^e jour	2 kil. 950
Moyenne d'augmentation par jour	16 gr.

Allaitement au sein : les tétées sont complétées durant la première semaine. Dès lors elles s'accroissent de 40 grammes au 7^e jour, jusqu'à 100 grammes au 25^e jour, pour se maintenir au taux de 90-100 grammes.

La perte de poids est au 3^e jour de 100 grammes; elle persiste jusqu'au 7^e jour.

La reprise est complète le 12^e jour (3 kil. 350).

La croissance se poursuit régulièrement.

OBSERVATION XXVIII.

N° 411. — Césarienne du 7 juin 1922.

X..., II-pare. Bassin rétréci.

Garçon pesant à la naissance	2 kil. 990
— au 24 ^e jour	3 kil. 350
Moyenne d'augmentation par jour	15 gr.

Allaitement au sein : les tétées s'accroissent régulièrement de 10 grammes au début, à 100 grammes au 21^e jour.

La perte de poids au 3^e jour est de 260 grammes.

La reprise progressive est terminée le 13^e jour (2 kil. 990).

L'accroissement se poursuit régulièrement.

OBSERVATION XXIX.

N° 698. — Césarienne du 17 octobre 1923.

X..., I-pare, 23 ans. Luxation bilatérale congénitale de la hanche.

Fille pesant à la naissance	3 kil. 050
— au 36 ^e jour	3 kil. 600
Moyenne d'augmentation par jour	15 gr.

Allaitement au sein (bibérons les quatre premiers jours). Les tétées progressent rapidement jusqu'à 80 grammes, mais ce taux n'est jamais dépassé.

La perte de poids est au 3^e jour de 200 grammes.

La reprise est lente et le poids initial n'est repris qu'au 19^e jour (3 kil. 060).

N. B. — L'observation, signée de M. le docteur Balard, porte en note : « Nourrie au biberon jusqu'au 5^e jour. Nourrie ensuite exclusivement au sein. »

OBSERVATION XXX

N° 173. — Césarienne du 14 mars 1923.

X..., II-pare, 28 ans. Bas. rétréci rachitique.

Fille pesant à la naissance	3 kil. 130
— au 55 ^e jour	3 kil. 830
Moyenne d'augmentation par jour	13 gr.

Allaitement au sein : les tétées sont complétées jusqu'au 11^e jour. Les tétées s'accroissent lentement pour arriver à 70 grammes au 15^e jour, et se maintenir à ce taux durant le reste du mois. Puis elles se fixent à 80 grammes durant la première décade du second mois. Vers la fin du deuxième mois elles évoluent entre 110-130 grammes.

La perte de poids est minime : 130 grammes au 3^e jour, 155 grammes au 5^e jour.

La reprise se fait très lentement et le poids initial n'est repris qu'au 19^e jour (3 kil. 150).

L'accroissement est régulier, mais ne donne qu'une moyenne quotidienne de 13 grammes.

Cela confirme les conclusions de Jaume : « A perte minime correspond une longue reprise. »

OBSERVATION XXXI.

N° 56. — Césarienne du 22 janvier 1922.

X..., II-pare, 21 ans.

Enfant (♀) pesant à la naissance	2 kil. 520
— au 29 ^e jour	2 kil. 800
Moyenne d'augmentation par jour	10 gr.

Allaitement au sein : les tétées de 30 grammes au début s'accroissent assez rapidement jusqu'à 70-80 grammes, mais ne dépassent que très rarement ce taux.

La perte de poids au 3^e jour est de 100 grammes seulement.

La reprise est excessivement lente et n'a lieu qu'au 15^e jour (2 kil. 550).

L'accroissement est régulier, mais ne donne qu'une moyenne de 10 grammes.

OBSERVATION XXXII.

N° 251. — Césarienne du 30 mars 1922.

X..., I-pare, 38 ans.

Garçon pesant à la naissance	2 kil. 800
— au 30 ^e jour	3 kil. 100
Moyenne d'augmentation par jour	10 gr.

Allaitement au sein : les tétées ne dépassent jamais 80-90 grammes.

La perte de poids au 5^e jour est de 200 grammes.

La reprise est terminée au 12^e jour (2 kil. 820).

Accroissement régulier, qui ne donne qu'une moyenne de 10 grammes par jour.

OBSERVATION XXXIII.

N° 298. — Césarienne du 8 mai 1923.

X..., I-pare, 19 ans. Fibrome.

Fille pesant à la naissance	2 kil. 700
— au 27 ^e jour	2 kil. 940
Moyenne d'augmentation par jour	9 gr.

Allaitement au sein : les tétées s'accroissent régulièrement et atteignent rapidement le taux de 80-90 grammes qu'elles ne dépassent pas.

La perte de poids au 4^e jour est de 220 grammes.

La reprise se fait régulièrement, mais lentement. Le poids initial n'est repris que le 16^e jour (2 kil. 730).

Accroissement régulier, mais limité à 9 grammes par jour.

N. B. — Nous trouvons en note : « Enfant nourrie pendant 15 mois, sans ajouter de lait de vache. »

Donc allaitement satisfaisant.

OBSERVATION XXXIV.

N° 107. — Césarienne du 16 février 1923.

X..., I-pare, 24 ans. Coxalgie droite.

Garçon pesant à la naissance	2 kil. 980
— au 24 ^e jour	3 kil. 150
Moyenne d'augmentation par jour	7 gr.

Allaitement au sein : les tétées s'accroissent assez régulièrement sans dépasser 80-90-100 grammes.

La perte de poids au 4^e jour est de 240 grammes.

La reprise est entièrement réalisée le 11^e jour (3 kilos).

Accroissement régulier, mais limité à 7 grammes de moyenne par jour.

OBSERVATION XXXV.

N° 249. — Césarienne du 21 avril 1923.

X..., I-pare, 22 ans. Bassin rétréci.

Garçon pesant à la naissance	2 kil. 590
— au 30 ^e jour	2 kil. 790
Moyenne d'augmentation par jour	7 gr.

Allaitement au sein jusqu'au 20^e jour. Tétées variant de 50 à 70 grammes. Du 20^e au 30^e jour, allaitement mixte : sein, 30-40 grammes; biberons, 30-50 grammes.

N. B. — En note : Selles vertes. Lavage intestinal. Papaïne durant 10 jours.

Perte du poids au 3^e jour : 165 grammes.

Reprise terminée au 14^e jour (2 kil. 590).

Accroissement régulier, mais très lent, limité à 7 grammes par jour.

OBSERVATION XXXVI.

N^o 617. — Césarienne du 19 septembre 1923.

X..., I-pare, 28 ans.

Garçon pesant à la naissance 2 kil. 810

— au 31^e jour 3 kil. 020

Moyenne d'augmentation par jour 7 gr.

Allaitement au sein : les tétées s'accroissent assez régulièrement de 20 grammes au début, à 60-70 grammes jusqu'au 20^e jour, et de 80-100 grammes jusqu'au 30^e jour.

La perte de poids au 3^e jour est de 170 grammes.

La reprise est complète au 10^e jour.

L'accroissement est régulier, mais peu accusé. Moyenne quotidienne : + 7 grammes.

OBSERVATION XXXVII.

N^o 835. — Césarienne du 18 décembre 1923.

X..., I-pare, 17 ans.

Fille pesant à la naissance 3 kil. 500

— au 30^e jour 3 kil. 700

Moyenne d'augmentation par jour 7 gr.

Allaitement au sein : tétées complétées jusqu'au 8^e jour; puis s'accroissant progressivement de 40 grammes à 90-100 grammes.

Perte de poids au 4^e jour : 200 grammes.

La reprise ne commence qu'au 10^e jour et le poids initial n'est repris que vers le 22^e jour (3 kil. 450).

L'accroissement, quoique régulier, est très lent.

Cela confirme encore les conclusions de Jaume : « Perte de poids minime suivie d'une reprise tardive ou d'un état stationnaire. »

OBSERVATION XXXVIII.

N° 252. — Césarienne itérative (2°) 31 mars 1922.

X..., II-pare, 21 ans.

Fille pesant à la naissance	2 kil. 950
— au 27 ^e jour	3 kil. 050
Moyenne d'augmentation par jour	4 gr.

Allaitement au sein jusqu'au 22^e jour (au 22^e jour : mère tran-
séatée à l'isolement pour angine). Tétées s'accroissant régulièrement
de 20 grammes au début jusqu'à 100 grammes au 13^e jour, puis
retombant à 50-80 grammes. Biberons de 70 grammes du 20^e au
27^e jour.

Perte de poids au 5^e jour : 200 grammes.

Reprise terminée au 14^e jour.

Accroissement progressif, mais très inférieur (4 grammes par jour).

OBSERVATION XXXIX.

N° 265. — Césarienne du 14 avril 1924.

X..., I-pare, 18 ans. Bassin rétréci.

Garçon pesant à la naissance	2 kil. 630
— au 29 ^e jour	2 kil. 730
Moyenne d'augmentation par jour	3 gr. 5

Allaitement au sein : les tétées s'accroissent régulièrement de
45 grammes au début, à 80-90 grammes au 20^e jour.

La perte de poids est extrêmement faible : 80 grammes au 3^e jour.

La reprise, achevée au 8^e jour (2 kil. 680), est suivie d'une nouvelle
perte qui se chiffre par 80 grammes au 12^e jour.

Dès lors, accroissement très lent.

A noter la quantité progressive et normale de la sécrétion lactée.

OBSERVATION XL.

N° 804. — Césarienne du 5 décembre 1923.

X..., II-pare, 31 ans.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 420
— au 28 ^e jour	3 kil. 450
Moyenne d'augmentation par jour	4 gr.

Allaitement mixte : les tétées sont en moyenne de 30 grammes, et varient entre 15 et 50 grammes. Elles sont toujours complétées par un biberon, sauf les cinq derniers jours où elles atteignent 70 grammes.

La perte de poids au 3^e jour est de 170 grammes.

La reprise n'est complète qu'au 20^e jour, et est suivie d'une nouvelle diminution au 24^e jour (3 kil. 390).

L'accroissement est presque nul : 1 gramme.

A noter, ici encore, et malgré le complément des tétées, qu'à une perte de poids bien au-dessous de la normale, correspond un état quasi stationnaire.

OBSERVATION XLI.

N° 742. — Césarienne du 18 octobre 1924.

X..., I-pare, 20 ans. Bassin canaliculé.

Fille pesant à la naissance	3 kil. 450
— au 25 ^e jour	3 kil. 450
Moyenne d'augmentation par jour	0

Allaitement au sein : les tétées de 20 à 30 grammes au début, passent à 80-90 grammes au dixième jour, et se maintiennent ensuite à 90-100 grammes.

La perte de poids est de 200 grammes au 2^e jour; de 250 grammes au 4^e jour.

La reprise commence le 5^e jour, est presque complète le 12^e jour

(3 kilos. 450), mais le poids retombe au 16^e jour (3 kil. 350), et n'est repris que le 25^e jour (3 kil. 450).

En somme, au 25^e jour, accroissement nul, malgré un taux normal des tétées.

A remarquer, ici encore, que la perte de poids au 2^e-3^e jour n'est pas très élevée, surtout si nous considérons le poids initial de 3 kil. 450 qui, pour une fille, est au-dessus de la moyenne.

OBSERVATION XLII.

N^o 701. — Césarienne du 30 septembre 1924.

X..., II-pare, 21 ans. Bassin rétréci.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 370
— au 25 ^e jour	3 kil. 340
Moyenne de diminution par jour	1 gr.

Allaitement mixte : tétées au sein très peu abondantes : 10-20 grammes; et parfois nulles durant la première quinzaine. Par la suite, tétées au sein plus régulières, mais dépassant rarement : 30 grammes.

Les tétées sont complétées.

La perte de poids au 4^e jour est de 150 grammes.

Légère reprise de 20 grammes au 7^e jour, puis diminution nouvelle jusqu'au 16^e jour (3 kil. 140). La perte est alors de 200 grammes.

L'accroissement reprend alors et reste progressif, mais faible; le poids initial (3 kil. 370) n'est pas tout à fait atteint (3 kil. 340) au 25^e jour.

Cette observation nous paraît très intéressante pour les raisons suivantes :

1^o Agalactie presque complète durant la première quinzaine suivie d'une sécrétion lactée faible, mais constante et qui tend à se régulariser.

2^o Accroissement déficitaire de l'enfant parallèlement au déficit de la sécrétion et malgré le complément artificiel.

3° Accroissement lent, mais positif à partir du jour où la sécrétion lactée se régularise.

4° D'autre part, l'état stationnaire de l'enfant, malgré l'adjonction de biberons, vérifie peut-être encore les conclusions de Jaume sur la perte initiale minime, entraînant la lenteur de la reprise.

OBSERVATION XLIII.

N° 161. — Césarienne du 17 février 1920.

X..., IV-pare, 30 ans.

Enfant pesant à la naissance	2 kil. 740
— au 30 ^e jour	2 kil. 630
Moyenne de diminution par jour	3 gr. 6

Allaitement au sein : les tétées de 30 à 40 grammes au début passent à 50-60 grammes.

La perte de poids est de 190 grammes.

Les pesées n'étant pas régulièrement indiquées, il nous faut nous borner à indiquer le déficit.

OBSERVATION XLIV.

N° 356. — Césarienne du 11 mai 1922.

X..., I-pare, 27 ans. Luxation double congénitale.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 320
— au 22 ^e jour	3 kil. 180
Moyenne de diminution par jour	6 gr.

Allaitement au sein : tétées complétées jusqu'au 8^e jour, et dès lors, régulièrement fixée à 60-70 grammes.

Perte de poids au 5^e jour : 230 grammes, et s'accroissant jusqu'au 16^e jour où elle atteint 260 grammes.

La reprise est très tardive au 19^e jour, et le poids initial n'est pas repris le 22^e jour.

L'accroissement, dans les trois derniers jours, donne une augmentation quotidienne de 20 grammes.

OBSERVATION XLV.

N° 145. — Césarienne itérative (2^e), 25 février 1924. (1^{re} césarienne, obs. XLVI).

X..., II-pare, 27 ans.

Garçon pesant à la naissance	3 kil.
— au 19 ^e jour	2 kil. 890
Moyenne de diminution par jour	6 gr.

Allaitement au sein : les tétées ne sont indiquées qu'à partir du 9^e jour, et donnent dès lors une moyenne de 50 grammes.

La perte de poids est de 200 grammes au 3^e jour, et la reprise commence timidement au 15^e jour, mais la perte est encore de 110 grammes au dix-neuvième jour, ce qui représente pour les derniers jours un gain moyen de 15 à 20 grammes.

OBSERVATION XLVI.

N° 827. — Césarienne du 28 octobre 1920. Eclampsie quelques heures après.

Même femme que ci-dessus, 1^{re} grossesse, 24 ans.

Enfant pesant à la naissance	3 kil. 020
— au 24 ^e jour	2 kil. 800
Moyenne de diminution par jour	10 gr.

Allaitement au sein : tétées rapidement de 60 grammes, passant ensuite à 70-80 grammes, très régulières.

Perte de poids au 4^e jour : 220 grammes.

Léger mouvement de reprise entre les 7^e et 15^e jours, puis retour à la perte initiale (2 kil. 800).

A remarquer dans cette observation :

- 1° La crise d'éclampsie;
- 2° La régularité et le taux normal des tétées;
- 3° L'accroissement stationnaire du nourrisson;
- 4° Bien que nous ayons affaire à la même femme que dans l'observation précédente, que les tétées soient plus régulières

et plus abondantes, l'enfant a une moyenne de diminution beaucoup plus considérable : — 10 grammes, que celle : — 4 grammes de l'enfant de la deuxième grossesse, pourtant moins bien nourri.

OBSERVATION XLVII.

N° 799. — Césarienne du 9 novembre 1924.

X..., I-pare, 25 ans. Bassin rétréci.

Fille pesant à la naissance	3 kil.
— au 22 ^e jour	2 kil. 770
Moyenne de diminution par jour	10 gr.

Allaitement mixte : les tétées sont toujours complétées jusqu'au 17^e jour; et comportent 10 grammes au sein et 20, 30, 50, 60, 70, 80 grammes au biberon.

Du 18^e au 22^e jour, nous notons 70, 80, 90 grammes.

La perte de poids est de 300 grammes au 3^e jour.

On ne peut parler de reprise, car l'accroissement est très capricieux et se fait par bonds alternativement positifs et négatifs.

A noter : 1° l'hypogalactie du début; 2° l'absence d'accroissement malgré un allaitement mixte bien réglé.

OBSERVATION XLVIII.

Césarienne du 15 novembre 1924.

X..., II-pare, 39 ans.

Garçon pesant à la naissance	3 kil.
— au 21 ^e jour	2 kil. 720
Moyenne de diminution par jour	13 gr.

Allaitement mixte : la malade sent la montée laiteuse le 2^e jour; l'enfant prend 10 grammes au sein. Ce chiffre de 10 grammes n'est jamais dépassé sauf le 21^e jour, 15 grammes. Toutes les tétées sont méthodiquement complétées par des biberons.

Perte de poids au 3^e jour : 350 grammes.

Reprise très lente et encore déficitaire de 280 grammes au 21^e jour, malgré un allaitement mixte bien réglé.

OBSERVATION XLIX.

N° 128. — Césarienne itérative (2^e), 20 février 1922.

X..., II-pare, 25 ans.

Garçon pesant à la naissance	2 kil. 820
— au 18 ^e jour	2 kil. 600
Moyenne de diminution par jour	12 gr.

Allaitement au sein : régime des tétées s'établissant rapidement à 60-70 grammes.

Perte de poids au 3^e jour : 220 grammes.

Reprise lente, mais régulière.

Le poids initial n'est pas encore atteint au 18^e jour et la perte est encore de 220 grammes.

OBSERVATION L.

N° 373. — Césarienne du 18 mai 1922.

X..., I-pare, 24 ans. Bassin rétréci.

Fille pesant à la naissance	3 kil. 400
— au 21 ^e jour	3 kil. 150
Moyenne de diminution par jour	12 gr.

Allaitement au sein : les tétées se maintiennent à 40-50 grammes jusqu'au 11^e jour, puis passent à 70-80 grammes.

La perte de poids au 2^e jour : 400 grammes; au 7^e jour : 560 grammes.

A partir de cette date, la reprise se fait rapidement avec une moyenne d'augmentation de 25 grammes par jour. Mais le poids initial ne peut être atteint au 21^e jour en raison de la grosse perte du début.

A noter : grosse perte, 560 grammes; mais par la suite, accroissement normal, qui laisse prévoir une bonne courbe dans l'avenir.

OBSERVATION LI.

N° 3. -- Césarienne du 4 janvier 1924.

X..., II-pare, 21 ans. Bassin canaliculé.

Garçon pesant à la naissance	4 kil. 080
— au 22 ^e jour	3 kil. 780
Moyenne de diminution par jour	13 gr.

Allaitement au sein : tétées (X) jusqu'au 8^e jour, puis 50-60 grammes jusqu'au 13^e jour, et 70-80 grammes jusqu'au 22^e jour.

Perte de poids au 2^e jour : 360 grammes.

Reprise assez capricieuse et de plus presque impondérable.

Accroissement nettement négatif, malgré une sécrétion lactée suffisante.

A noter : la perte de 360 grammes au 2^e jour.

Observation due à l'obligeance de M. le docteur Balard,
accoucheur des Hôpitaux.

OBSERVATION LII.

Mme G..., II-pare. Césarienne du 5 mai 1924.

Fille pesant à la naissance : (p).

Cette observation recueillie à la « Maison du Bébé », sous la direction de M. le docteur Balard, débute à la 4^e semaine.

Allaitement : maternel.

La courbe des pesées indique :

Fin du 1^{er} mois : 3 kil. 050;

Fin du 3^e mois : 4 kil. 800;

Fin du 6^e mois : 6 kil. 500;

La courbe s'arrête à six mois. Elle est très régulière. Elle se con-

fond presque avec la courbe normale d'augmentation d'un enfant pesant 3 kilos à la naissance.

Si nous remarquons que la première pesée à un mois est de 3 kil. 050, nous devons conclure que l'accroissement a été supérieur à l'accroissement moyen d'un enfant pesant 3 kilos à la naissance.

OPERATIONS CESARIENNES AVEC HYSTERECTOMIE

Opérations césariennes avec hystérectomie recueillies
à la clinique d'accouchements.

OBSERVATIONS LIII ET LIV.

N° 512, année : 1922.

N° 247, année : 1923.

Ces deux observations portent :

Allaitement au biberon. Nous n'avons pas trouvé trace de tentative d'allaitement au sein.

OBSERVATION LV.

N° 282. — Césarienne et hystérectomie totale, 14 mai 1923.

Mme M. C..., II-pare, 35 ans. Fibrome du segment inférieur.

Fille pesant à la naissance	3 kil. 400
-----------------------------------	------------

— au 18 ^e jour	2 kil. 925
---------------------------------	------------

Moyenne de diminution par jour	10 gr.
--------------------------------------	--------

Allaitement au sein : les tétées sont successivement de : 30, 40, 50, 30, 60, 70 grammes.

La perte de poids au 4^e jour : 350 grammes.

L'augmentation est dès lors de 12 grammes par jour, mais le poids initial n'est pas repris le 18^e jour.

La mère, en raison de sa profession (employée des postes), a manifesté son intention de ne pas allaiter.

En somme, sécrétion bien établie, mais reprise lente.

Observations césariennes avec hystérectomie recueillies
dans le Service de la Maternité.

OBSERVATION LVI.

N° 459. — Césarienne et hystérectomie du 15 juillet 1923.

X..., II-pare, 34 ans. Fibrome.

Garçon pesant à la naissance	3 kil. 850
------------------------------------	------------

— au 27 ^e jour	3 kil. 940
---------------------------------	------------

Moyenne d'augmentation par jour	3 gr. 3
---------------------------------------	---------

Allaitement : au sein. Observation très consciencieusement prise : les tétées ont été pesées tous les jours quatre fois : à 9, 12, 15, 18 heures.

Les quatre pesées quotidiennes sont sensiblement identiques. Elles se chiffrent par 30, 40, 50, 60 grammes jusqu'au 14^e jour, passent et se maintiennent ensuite à 70, 80, 90 grammes.

Perte de poids au 3^e jour : 250 grammes.

La reprise se prolonge jusqu'au 16^e jour (3 kil. 810), et n'est vraiment complète qu'au 25^e jour (3 kil. 860).

Accroissement lent mais à peu près régulier.

Bonne sécrétion lactée, régulière et laissant prévoir des suites favorables.

OBSERVATION LVII.

N^o 343. — Césarienne et hystérectomie totale du 8 mai 1924.

Cette observation a été présentée à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, séance du 3 juin 1924, par MM. Andérodias, Lacouture et R. Boursier. Elle est publiée dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, n^o 8, 1924.

Mme B. L..., II-pare, 35 ans. Fibrome prævia.

1^o Femme très fatiguée, après cinq jours de travail inutile. Eclampsie des suites de couche;

2^o Enfant extrait vivant alors qu'il perdait son méconium depuis 10 ou 12 heures. Né en état de mort apparente, il est ranimé après 10 minutes d'insufflations.

Fille pesant à la naissance	2 kil. 800
-----------------------------------	------------

— au 33 ^e jour	3 kil. 250
---------------------------------	------------

Moyenne d'augmentation par jour	14 gr.
---------------------------------------	--------

Perte de poids au 4^e jour : 200 grammes.

Reprise terminée au 7^e jour (2 kil. 830).

Accroissement continu.

Tétées de 10 grammes au 3^e jour, atteignant 80-90 grammes au 8^e jour.

M. le docteur Boursier a observé la malade et l'enfant après leur sortie du service. La mère est en bon état et l'enfant s'accroît normalement.

Plus tard l'allaitement est surveillé à la consultation de nourrissons du Dispensaire Saint-Pierre.

La courbe des pesées est très supérieure à la courbe moyenne normale : à 6 mois, l'enfant pèse 7 kil. 340 au lieu de 6 kil. 700, poids normal; à 7 mois, l'enfant pèse 7 kil. 630, au lieu de 7 kil. 200.

La courbe continue à s'élever régulièrement.

Cette observation est très intéressante pour les raisons suivantes :

1° Mère très fatiguée par un très long travail inutile. Faisant, à la suite de l'accouchement, des crises d'éclampsie qui se renouvellent de minuit à 40 heures;

2° Allaitement dans de très bonnes conditions dès les premiers jours;

3° Enfant ayant très manifestement souffert et qui s'accroît très vite, dans des proportions au-dessus de la normale.

Observations de césariennes avec hystérectomie dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Péry.

OBSERVATION LVIII.

I-pare, 36 ans. Césarienne suivie d'hystérectomie pour fibrome prævia.

Allaitement mixte dès le début. Sevrage faute de lait au bout d'un mois. Phénomènes psychiques de longue durée (un an) ayant nécessité la mise en maison de santé. Guérison.

OBSERVATION LIX.

Césarienne et hystérectomie pour fibrome prævia.

III-pare, 32 ans. Avait déjà bien nourri ses deux enfants. L'allaitement de l'enfant actuel a été un peu moins facile en raison

de poussées successives de lymphangite mammaire, mais en somme a duré aussi longtemps que les deux premiers. Enfant en bon état.

OBSERVATION LX.

Césarienne suivie d'hystérectomie pour bassin rétréci. Forceps au détroit supérieur. Infection commençante.

I-pare, 32 ans. Pendant les suites de couches phénomènes pulmonaires. Montée de lait très tardive et peu abondante.

Allaitement mixte : la mère donne 1/3 de lait environ, jusqu'à sept mois.

Enfant lent à s'accroître, mais finalement en bon état.

**Observation de césarienne avec hystérectomie
due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Faugère.**

OBSERVATION LXI.

Hystérectomie pour hémorragie rétroplacentaire au sixième mois. La montée laiteuse s'est faite très normalement.

Cette observation, quoique succincte, nous paraît très intéressante à rapprocher de la théorie des hormones prétendues spécifiques, et en particulier de la théorie d'Ancel et Bouin, sur la glande myométriale.

D'après ces auteurs la glande myométriale ne se développerait que durant la deuxième moitié de la grossesse et sécréterait l'hormone agissant sur la sécrétion lactée. Dans le cas considéré, il faut donc admettre que cette hormone est déjà très puissante trois mois avant l'accouchement, dès la formation de la glande myométriale.

Cela prouverait par conséquent surabondamment que l'utérus n'est plus utile bien avant l'accouchement pour exciter la sécrétion lactée et que l'hystérectomie n'a aucune influence sur l'allaitement.

Observations de césariennes avec hystérectomie recueillies
dans la littérature médicale.

OBSERVATION LXII.

Observation de M. Lantuéjol, Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 13 octobre 1924, *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, n° 8, 1924.

Résumé de l'observation :

Placenta prævia, rupture utérine, hystérectomie. Guérison.

Mme C..., II-pare, 25 ans. 1^{re} grossesse normale en 1918; 2^e grossesse : dernières règles 7 au 9 juillet 1923. Terme mi-avril 1924. Vue la première fois le 12 mars 1924. Présentation du siège. Version par manœuvres externes facile.

Le 11 avril, vers 19 heures, début du travail avec perte peu abondante mais continue de sang. A 22 heures, les pertes de sang augmentant on rompt les membranes.

Constatacion sous chloroforme du décollement d'une languette de placenta. Tout le placenta est extrait et le cordon coupé, sans mettre de pince, car on n'a pas l'espoir de retirer un enfant vivant.

On amène cependant un pied à la vulve et l'extraction facile donne un enfant vivant du poids de 3 kil. 530.

Par la suite, hémorragie abondante, due à une déchirure du segment inférieur sur le bord gauche.

Après 25 minutes de compression, pendant lesquelles on tente de remonter la malade, M. Brindeau arrive, décide et pratique l'hystérectomie abdominale, sous anesthésie à l'éther. La quantité de sang écoulé dans la cavité péritonéale est estimée à un demi-verre.

A la fin de l'opération, la femme réagit. On lui fait un litre de sérum intraveineux.

Suites opératoires parfaites.

La femme allaite son enfant qui, revu le 2 juin, pèse 4 kil. 430, ayant ainsi augmenté de 900 grammes en 52 jours. (Moyenne : 17 gr. 3 par jour).

Cette observation est très intéressante, puisque malgré un

très gros traumatisme, avec hémorragie abondante et schock opératoire sérieux, l'enfant a pu s'allaiter et se développer dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION LXIII.

(Publiée dans *Gynécologie et Obstétrique*, 1922, t. VI, p. 436.)

Comptes rendus de la Société belge de Gynécologie et Obstétrique, séance extraordinaire du 5 août 1922.

Buggenhout (Bruxelles) : Accouchement par hystérectomie, sans ouverture préalable de l'utérus.

Après avoir rappelé les motifs, la technique de l'opération et ses avantages, M. Buggenhout note : « Jamais la malade ne dépassait 37°, sauf le 3^e jour où elle eut 37°2, jour de la montée laiteuse. Le 3^e jour, la mère allaita son enfant et la sécrétion s'établit normalement. Le 21^e jour, elle quitta l'Institut. »

Et en fin de compte rendu il ajoute :

« J'ai eu le plaisir de revoir cette malade et surtout son enfant. Sa sécrétion lactée continue et l'enfant se développe normalement. »

OBSERVATIONS LXIV, LXV, LXVI, LXVII.

(Publiées dans *Gynécologie et Obstétrique*, année 1922, t. VI, pp. 346 et s.)

Comptes rendus de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, séance du 3 juin 1922.

Schockaert (Louvain) : Opération césarienne avec hystérectomie totale pour fibrome prævia.

Il s'agit d'une femme de 37 ans, bien conformée et de forte constitution. Trois accouchements normaux (1907-1910-1912). — En 1920 : un accouchement particulièrement dystocique, par suite d'un fibrome prævia, enclavé dans le bassin et donnant lieu à un forceps laborieux amenant un enfant mort.

En 1921, cette femme désirant une fille est de nouveau enceinte. Surveillée au cours de sa grossesse (la 5^e), nous décidons l'opération pour le 18 janvier 1922.

Anesthésie rachidienne à l'allocaine Lumière (15 centigrammes) en prenant la précaution de laisser s'écouler 25 cc. de liquide céphalo-rachidien.

Opération sans incident donnant le jour à une fille de 3 kil. 100. Guérison *per primum* et sans fièvre. L'opérée quitte la clinique le 8 février (21 jours) parfaitement rétablie.

« Les suites opératoires, dit Schockaert, ont pourtant présenté une particularité intéressante, sur laquelle je désire attirer votre attention : la montée laiteuse s'est faite le 21 janvier, trois jours après l'opération, mais se tarit presque complètement le 23 janvier, malgré la mise au sein de l'enfant qui ne prenait que des quantités insuffisantes, alors qu'après ses accouchements antérieurs, la malade avait du lait en abondance. »

Nota. — Schockaert ne dit pas s'il a revu la malade, si la sécrétion s'est tarie tout à fait par la suite, si l'on a dû instituer l'allaitement mixte, etc.

OBSERVATION LXVI.

« J'ai observé le même phénomène, ajoute l'auteur, chez une femme pour laquelle j'avais pratiqué l'hystérectomie totale, après césarienne, pour une sténose consécutive à l'amputation du col ainsi que (observations LVI et LVII) chez deux autres femmes auxquelles j'ai enlevé le corps utérin pour inversion irréductible avec début d'infection. »

ANALYSE DES OBSERVATIONS DE CESARIENNES CONSERVATRICES

Au point de vue statistique pure, l'analyse des observations césariennes réunies dans notre étude nous place en présence des faits suivants :

1° Le pourcentage de l'accroissement du nouveau-né se traduit par :

- 10 pour 100 de cas très normaux;
- 16 pour 100 de cas normaux;
- 16 pour cent de cas quasi normaux;
- 10 pour 100 de cas au-dessous de la normale;
- 15 pour 100 de cas très au-dessous de la normale;
- 34 pour 100 de cas nettement déficitaires.

2° Le pourcentage de la sécrétion lactée se traduit par :

- 65 pour 100 de cas très bons et bons;
- 30 pour 100 de cas de retards ou irrégularités de la sécrétion;
- 5 pour 100 de cas d'hypogalactie.

La comparaison de ces chiffres dénote un défaut de parallélisme très marqué entre la courbe d'accroissement du nouveau-né et la courbe de pesée des tétées.

D'où vient la disproportion si manifeste entre ces courbes ?

Deux hypothèses se présentent à l'esprit :

1° La sécrétion lactée, suffisante en quantité, est de mauvaise qualité;

2° Maladie de l'enfant.

Nous n'avons pu contrôler la qualité du lait, mais il nous

paraît peu probable qu'elle puisse être incriminée, pour les raisons suivantes :

a) Malgré l'opinion courante qui fait dépendre le défaut d'accroissement d'une mauvaise qualité du lait, il est rare, d'après les auteurs et en particulier Marfan, Budin, Pinard, que cette cause puisse être sérieusement invoquée.

b) D'autre part, nous avons remarqué et noté dans nos observations que souvent les enfants qui avaient le moins bien augmenté de poids étaient précisément nourris à l'allaitement mixte, que par conséquent le lait de la mère n'avait pu fâcheusement intervenir et que, par ailleurs, il apportait tout au moins les vitamines suffisantes pour permettre l'utilisation plus parfaite du lait stérilisé.

Faut-il donc admettre, pour expliquer le défaut d'accroissement, une maladie de l'enfant ?

Nous avons très rarement observé, en faisant nos relevés, soit à la Clinique, soit à la Maternité, de remarquer au sujet d'une maladie de l'enfant et les deux seules fois que la nécessité d'un traitement ait été bien indiquée comportent 10 jours de papaine et lavages intestinaux dans un cas; une série de piqûres de sérum dans l'autre.

En réalité, l'indication de selles vertes portée quelquefois ne nous a jamais donné l'assurance d'un état suffisamment prolongé et sérieux pour expliquer le défaut d'accroissement.

En dehors de ces cas bénins et rares, nous n'avons pas trouvé d'altération sensible de la santé de l'enfant.

Par contre, nous avons été frappé assez souvent par la lenteur de la reprise de poids, nous l'avons noté dans nos observations, et par cet autre fait : à savoir qu'après une courbe de début en plateau, nous assistions à l'ascension rapide de cette courbe.

Toutefois nous ne croyons pas que la perte de poids initiale et la lenteur de la reprise soient les seuls facteurs capables d'expliquer ce retard de l'accroissement. Il faut, disent les auteurs, quand le lait de la mère n'est pas en jeu, ou qu'aucune maladie apparente de l'enfant ne peut expliquer le dé-

faut d'accroissement, toujours songer à l'hérédité et en particulier à la syphilis.

Dans le cas particulier, nous n'avons pu vérifier cette hypothèse qui, d'ailleurs, ne saurait vraisemblablement s'étendre à tous les sujets considérés.

Quoi qu'il en soit, nous croyons devoir clore cette série de remarques en constatant que la sécrétion lactée s'établit dans des conditions très sensiblement comparables aux conditions normales.

Ce fait ressort de nos observations et nos résultats paraissent être confirmés par la publication récente (31 décembre 1924) de 112 observations césariennes dans les *Annali di Ostetricia e Ginecologia* par le docteur R. de Porenta.

L'auteur signale sans commentaire, mais dans un alinéa bien en vue : « Tous les nouveau-nés naquirent vivants et furent allaités par la mère jusqu'à la sortie de la Maternité. »

ANALYSE DES OBSERVATIONS D'HYSTERECTOMIE

En dehors des cas d'hypogalactie ou d'agalactie (4 cas) signalés par Schockaert (Obs. LXIV) et du cas de l'observation de Monsieur le professeur agrégé Péry (Obs. LVIII), dans lequel l'agalactie complète est survenue au bout d'un mois sous l'influence manifeste de phénomènes psychiques, toutes nos observations comportent un bon allaitement et un accroissement normal du nouveau-né, ou tout au moins la preuve de l'établissement normal de la sécrétion lactée (Obs. LXI).

Nos observations (LVII et LXII) nous paraissent particulièrement intéressantes en raison des beaux résultats enregistrés au sujet de l'allaitement et de la croissance de l'enfant, malgré l'importance de facteurs (éclampsie, hémorragie, etc.), qui sont réputés comme cause d'hypogalactie.

CONCLUSIONS

Des expériences physiologiques et des faits cliniques que nous venons de rapporter il nous paraît logique de tirer les conclusions suivantes :

1° Au point de vue physiologie expérimentale, les ovaires et l'utérus ne sont pas indispensables après l'accouchement pour provoquer et entretenir la sécrétion lactée. L'ovariotomie entraînerait même une augmentation et une prolongation de la sécrétion lactée ;

2° Au point de vue clinique.

A. La césarienne avec hystérectomie ne paraît pas un obstacle à la sécrétion normale du lait et à l'allaitement maternel.

Cette conclusion est basée :

a) Sur les nombreux cas cliniques d'hystérectomie invoqués par les physiologistes pour appuyer les résultats de leurs expériences sur les animaux ;

b) Sur les deux tiers des observations que nous rapportons dans notre travail.

B. La césarienne conservatrice ne semble pas avoir d'influence sérieuse sur la sécrétion lactée.

a) Dans la très grande majorité des cas (65 à 70 p. 100), la sécrétion s'établit dans des conditions normales.

Ces chiffres, dans les 112 cas rapportés par de Porenta, s'élèvent même à 100 p. 100 ;

b) Le retard à l'établissement normal et régulier de la sécrétion s'observe dans environ 20 p. 100 des cas. Le délit normal de la sécrétion s'établit alors au plus tôt du huitième au

douzième jour, au plus tard du vingtième au vingt-cinquième jour;

c) Le pourcentage des hypogalacties ou agalactus définitives ne s'élève pas au-dessus de 5 p. 100.

C. L'hypogalactie définitive ne peut être mise ni sur le compte de la césarienne conservatrice, ni sur le compte de l'hystérectomie, puisque le pourcentage à la suite de ces opérations est au-dessous du pourcentage considéré comme normal par la plupart des auteurs.

D. Les cas d'hypogalactie primaire fugace paraissent dus en partie au shock, à l'anesthésie, au défaut d'alimentation, et sans doute aussi aux prédispositions naturelles et variables de la femme lors des différentes grossesses.

Cette dernière remarque découle de la comparaison des variations de la sécrétion dans les cas de césariennes itératives (Obs. V, XVI, XVII et XVIII).

*
* *

Comme conclusion pratique, nous croyons devoir insister sur la nécessité d'une mise au sein précoce (36^e heure environ), en ayant soin toutefois de vider préalablement la mamelle lors de la première tétée, afin de ne pas donner à l'enfant un lait susceptible de renfermer des produits toxiques.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

A. MOUSSOUS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 7 juillet 1925.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- SCHEIN (M.). — Die Kontinuität der funktion der Milchdrüsen (continuité de la fonction des glandes mammaires). *Wiener klinische Wochenschrift*, 22 septembre 1911, n° 38, p. 1337.
Voir *L'Obstétrique*, 1911, 1^{er} vol., p. 919.
- CHIRIÉ (J.-L.). — Le corps jaune. Action sur la glande mammaire. *L'Obstétrique*, juin 1911, t. IV, p. 623.
- ANCEL (P.) et BOUIN (P.). — 1° Action du corps jaune vrai sur la glande mammaire, p. 605 et suiv. ; 2° Démonstration expérimentale de l'action du corps jaune sur l'utérus et la glande mammaire, p. 689 et suiv. Voir aux pages indiquées, *Comptes rendus hebdomadaires des séances et mémoires de la Société de biologie*, 1909, t. I.
- BOUIN (P.) et ANCEL (P.). — Sur l'évolution de la glande mammaire pendant la gestation. Déterminisme de la phase glandulaire gravidique. Voir *Comptes rendus*, déjà cités, 1912, t. II, p. 129 et suiv.
- ANCEL et BOUIN. — Recherches sur les fonctions du corps jaune gestatif. Sur le déterminisme de la glande mammaire au cours de la gestation. Voir *Journal de physiologie et de pathologie générale*, n° 1, janvier 1911.
- Sur l'existence d'une glande myométriale endocrine chez la lapine gestante. Voir *Comptes rendus de l'Association des anatomistes*, 43^e réunion, Paris, 1911.
- SCHOCKAERT (Louvain). — Opération césarienne avec hystérectomie totale pour fibrome prævia. *Comptes rendus de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*; séance du 3 juin 1922.
Voir *Gynécologie et obstétrique*, 1922, t. VI, p. 346.

- BUGGENHOUT (Bruxelles). — Accouchement par hystérectomie, sans ouverture préalable de l'utérus. *Comptes rendus de la Société belge*. Cf. ci-dessus séance extraordinaire du 5 août 1922. Voir *Gyn. et obst.*, 1922, t. VI.
- DUVAL (René). — De la sécrétion mammaire non puerpérale. Thèse de Paris, 1881.
- TCEITLINE. — Un cas de fonctionnement des glandes mammaires durant depuis cinq ans en l'absence de tout allaitement. *Semaine médicale*, 1900, p. 157.
- SCHWAB. — Persistance anormale de la sécrétion lactée chez deux femmes présentant de l'aménorrhée. Société obstétricale de France, réunion annuelle d'avril 1901.
- GAUTHIER. — Sécrétion lactée remplaçant les règles chez une jeune fille vierge. *Lyon médical*, 8 février 1903.
- BOUCHACOURT. — Nouvelles recherches sur l'opothérapie placentaire. Société de biologie, 4^{er} février 1902.
- Utilisation naturelle de la partie extra-embryonnaire de l'œuf; placentophagie; propriété galactogène du placenta. *L'Obstétrique*, 1902
- KEIFFER. — Recherches sur l'anatomie et la physiologie de la mamelle. *L'Obstétrique*, septembre 1901.
- BROUBA. — Recherches sur les diverses phases du développement et de l'activité de la mamelle. *Archives de biologie de Van Beneden et Van Bambeke*, Liège, 1905.
- FRANKL (O.). — Rapports entre le placenta et la sécrétion lactée. *American Journal of obst. and gyn.*, Saint-Louis, octobre 1923.
- BROUDIC (L.). — Contribution à l'étude de la progression du nourrisson au cours de la première année. *Le Nourrisson*, janvier 1919, p. 15.
- JAUME (Ch.). — De la perte de poids du nourrisson. Thèse de Lyon, 1904-1905.
- SCHIL (Louis). — Recherches sur la glande mammaire; sur les phases qu'elle présente au cours de son évolution et leur déterminisme. Thèse de Nancy, 1912.

- STIMSON (M.). — Influence du placenta sur la glande mammaire. *American Journal of obstetrics and gynecology*, vol. IV, n° 4, 1922.
- ROQUES (Édouard). — Sur l'action galactogène expérimentale et clinique des extraits de placenta. Thèse de Montpellier, 27 juillet 1910.
- LANGLOIS. — Le mécanisme de la lactation. *Presse médicale*, 17 novembre 1909, p. 817.
- MARFAN. — Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge. Masson, édition 1920.
- REYNIER (G.). — Contribution à l'étude des anomalies de la sécrétion lactée. Thèse de Paris, 1912.
- BUDIN. — De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques. *L'Obstétrique*, 15 novembre 1901.
- BOQUEL. — Une conférence du professeur Budin sur l'allaitement. *Archives médicales d'Angers*, 20 juillet 1901.
- BOURIER (P.). — Considérations sur la sécrétion lactée chez la femme. Thèse de Paris, 1901.
- PORENTA (R. DE). — Una serie di 112 tagli cesarei intraperitoneal senza mortalita. *Annali di ostetricia et ginecologia*, 31 décembre 1924, n° 12, p. 671.
- VIGNES (Henri). — Les recherches et théories du professeur Lipschütz sur la sécrétion interne des glandes génitales. *La Médecine pratique*, 3 articles, n° 10, 30 décembre 1924; n° 1, 30 janvier 1925; n° 2, 28 février 1925.
- LIPSCHÜTZ (de Dorpat). — The internal secretions of the sex glands. Un vol., chez Heffers, éditeur à Cambridge, 1924.



